

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

331

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERT LEVANT

Interne des hôpitaux de Paris.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

AU COURS DE LA GROSSESSE

DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM

Président : M. BAR

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

100

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N°

331

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALBERT LEVANT

Interne des hôpitaux de Paris.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

AU COURS DE LA GROSSESSE

DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM



Président : M. BAR

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1912

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale		{ WIDAL
		TEISSIER
Pathologie chirurgicale		N...
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		MARFAN
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		{ CHAUFFARD
		GILBERT
Clinique médicale		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		{ GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		DEJERINE
		DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		N...
		{ BAR
Clinique d'accouchements		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAINEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de Légion d'honneur.

*Hommage de respectueuse reconnais-
sance pour le très grand honneur
qu'il me fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

M. le Docteur POTHERAT (Broussais) 1904-1905.

M. le Docteur CETTINGER (Broussais) 1905-1906.

M. le Professeur HUTINEL (Enfants-Assistés) 1906-1907.

Internat provisoire

M. le Docteur ENRIQUEZ (Hôtel-Dieu et Maison Dubois)
1907-1908.

Internat

M. le Professeur agrégé MAU-
CLAIRE } (Maison Dubois) 1908-1909.

M. le Docteur LAUNAY

M. le Professeur agrégé J.-L. FAURE (Cochin) 1909-1910.

M. le Professeur agrégé MORESTIN (Tenon) 1910-1911.

M. le Professeur agrégé RICARD } (St-Antoine) 1910-1911.

M. le Docteur LABEY

M. le Professeur agrégé BONNAIRE (Maternité) 1911-1912.

A MES AUTRES MAITRES

MM. les Professeurs agrégés AUVRAY, BRINDEAU, JEANNIN.

MM. les Docteurs CHEVRIER, chirurgien des hôpitaux,
MOUTIER.

AVANT-PROPOS

En de multiples circonstances depuis ces vingt dernières années, l'obstétrique a judicieusement et fort heureusement emprunté à la technique chirurgicale ses méthodes et ses procédés pour les adapter au traitement des accouchements dystociques. A ce point de vue, tout a été modifié; mais il n'est peut-être pas une question qui ait été aussi complètement transformée par cette nouvelle tendance d'esprit, ni qui en ait tiré parfois d'aussi importants bénéfices que celle de la grossesse compliquée de cancer du col de l'utérus.

Autrefois, en effet, on ne voyait dans le cancer du col qu'une tumeur dont l'extension, si elle n'interrompait pas la gestation par un avortement ou un accouchement prématuré, entraînerait une dystocie redoutable au moment du travail, et le seul souci des accoucheurs était, à juste titre, de conduire la grossesse à terme et d'avoir un enfant vivant; les seules interventions qui paraissaient légitimes étaient celles dirigées contre la rigidité néoplasique et toutes ses conséquences lors

de l'accouchement; le cancer, en soi, ne bénéficiait d'aucune thérapeutique active.

Actuellement, la question est toute autre. Sous l'influence des tendances opératoires de plus en plus accentuées, et des succès multipliés des gynécologues dans le traitement radical du cancer utérin, la notion de l'ablation du néoplasme chez la femme enceinte a pris une importance sans cesse grandissante. Cette évolution dans les idées s'est faite en un laps de temps relativement court, si bien qu'actuellement, dans la grossesse compliquée de cancer du col utérin, ce n'est plus le fœtus, c'est la tumeur qui est au premier rang, qui accapare d'abord l'attention.

Avant tout on s'applique à déterminer si le néoplasme, considéré en soi et abstraction faite de la grossesse concomitante, est — ou non — opérable, si l'on est en droit de recourir à l'extirpation radicale. — Quand l'intervention paraît indiquée, on ne doit pas cependant oublier lorsqu'on examine une femme enceinte, que le fœtus existe *in utero*, et lorsqu'on examine une femme récemment accouchée, que l'accouchement peut avoir créé et entraîné des modifications dans le terrain sur lequel on va opérer : ce sont là des facteurs qui interviennent, mais secondairement, pour restreindre ou plutôt pour corriger les indications.

Ainsi dans les cancers du col de l'utérus observés au cours de la grossesse ou du post-partum et opérables, l'hystérectomie totale est devenue comme en dehors de la puerpéralité, l'intervention de choix.

Montrer les motifs et les résultats de ce changement

complet d'orientation; démontrer que cette thérapeutique radicale est légitime; poser les indications opératoires actuelles; indiquer les techniques les plus rationnelles : tel est le but que nous poursuivrons, en nous appuyant essentiellement sur les observations que nous avons pu réunir et dont nous avons éliminé les quelques très rares cas se rapportant à des cancers du corps utérin chez la femme enceinte.

HISTORIQUE

Lorsqu'on cherche à dégager, des observations ou des mémoires nombreux parus sur ce sujet, les idées directrices qui se sont fait jour peu à peu, les causes qui leur ont donné naissance et les résultats qu'elles ont entraînés, on s'aperçoit de suite que l'histoire de l'hystérectomie totale pour cancer du col de l'utérus chez la femme enceinte ou récemment délivrée reproduit les mêmes phases, les mêmes tendances et les mêmes progrès que celle de l'hystérectomie totale dirigée contre le cancer du col utérin en général. Mais si ces deux évolutions sont comparables, elles ne sont pas contemporaines : l'hystérectomie totale pour néoplasme non compliquée de grossesse est naturellement la première en date, et de beaucoup ; les opérateurs ont logiquement attendu de voir s'améliorer sa technique opératoire et ses résultats avant de l'appliquer aux utérus gravides.

Aussi, dans une première période, qui prit fin à une époque que nous pouvons fixer vers 1885, le traitement du cancer du col au cours de la grossesse est-il nul, ou

presque ; l'unique préoccupation des accoucheurs est de mener la grossesse à terme ainsi que nous l'avons déjà dit, et quand ils interviennent sur le col, ce n'est pas pour opérer le cancer, mais pour l'empêcher d'être une cause de dystocie fatale à l'enfant ; par ailleurs, ils s'ingénient à remédier aux accidents douloureux, hémorragiques ou autres du cancer, à l'aide de toutes les ressources que le traitement palliatif met entre leurs mains.

Les résultats sont médiocres, d'ailleurs, et les mémoires de cette époque font ressortir que bien souvent la grossesse n'arrive pas à évoluer complètement. D'après Cohnstein (1) dont la statistique de 1878 s'appuie sur 127 cas, la grossesse arriverait à terme dans 68 p. 100 des cas : le déchet se partage à peu près également entre les avortements et les accouchements prématurés, qui surviennent en général avant le septième mois ; Hermann (2) donne une proportion moins forte, mais Lever (3) trouve 40 p. 100 d'avortements, et, dans sa thèse d'agrégation, Bar trouve 35 p. 100 de grossesses interrompues sur 151 cas. Ainsi le chiffre moyen oscille entre 30 et 40 p. 100, et l'on peut dire que le cancer empêche la grossesse d'arriver à terme une fois sur trois, qu'on doive accuser les hémorragies, l'endométrite ou l'infiltration néoplasique du segment inférieur [Sarwey (4)].

Et d'ailleurs l'enfant n'est pas souvent sauvé, du

(1) COHNSTEIN. — *Arch. f. Gyn.* Bd. V., p. 336.

(2) HERMANN. — *Obs. trans.*, t. XX.

(3) LEVER in GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1879.

(4) SARWEY. — *Hegar's Beitr. z. Geb. u. Gyn.* 1900. Bd. II. fsc. 2.

moment où le terme est atteint. La rigidité cancéreuse du col détermine une prolongation anormale du travail, et l'accouchement se termine le plus souvent par forceps, version ou incisions du col; aussi la mortalité fœtale est-elle énorme, car on attend trop tard. On redoute, en effet, d'intervenir activement dans un col mal dilaté et rempli de masses bourgeonnantes dont la friabilité ouvre la porte à la septicémie, quand elle n'amorce pas une rupture utérine rapidement mortelle. En moyenne, une fois sur deux, l'enfant est extrait mort, comme il ressort des cas réunis par Bar, Theilhaber (1) et Reeb (2).

Enfin, en dehors de toute intervention, la mortinatalité est encore énorme, dans les accouchements à terme, ce qu'explique facilement l'état d'épuisement et d'infection de la mère, et peut-être des lésions placentaires (Bar); elle varie de 42 p. 100 (Hermann) à 37,7 p. 100 (Bar).

Toutes les observations de cette époque, sauf quelques rares exceptions, insistent sur la rapidité de développement du néoplasme au cours de la grossesse, suivant en cela la règle générale de l'extension des tumeurs génitales pendant la gestation. Le pronostic était donc absolument fatal pour la mère, et la phrase de Bouilly : « Toute femme enceinte ayant un cancer de l'utérus est irrémédiablement perdue », s'appliquait à la lettre à la réalité.

Cohnstein donne 24,6 p. 100, Hermann 40 p. 100,

(1) THEILHABER. — *Arch. f. Gyn.*, 1894, p. 50.

(2) REEB. — *Strassb. med. Zeitung.*, 1904, II, p. 44.

Chantreuil (1) 41,7 p. 100 de mortalité maternelle dans les accouchements spontanés; les incisions du col, les forceps, les versions sont aussi, sinon plus meurtriers; enfin, sur 29 malades citées par Bar, et qui avaient survécu à l'accouchement, 25 étaient mortes six mois après (86 p. 100).

Et cependant, malgré ces décevants résultats, les anciens auteurs ne pouvaient et ne devaient songer qu'à l'enfant, car les ressources que leur offrait la gynécologie opératoire n'étaient pas assez sûres, ou, pour mieux dire, n'existaient encore pas. La chirurgie du cancer utérin donnait, à cette époque, de si mauvais résultats, que l'on ne pouvait mettre en balance l'intérêt de l'enfant et la survie, — je ne dis même pas la guérison — problématique de la mère. Les hystérectomies vaginales de Récamier, de Delpech (2), bien réglées et méthodiques au point de vue technique, si elles évitaient la mort par hémorrhagie, ne pouvaient empêcher la septicémie à laquelle succombaient presque toutes les opérées, et ce n'est que plus tard, quand l'anesthésie et l'antisepsie furent entrées dans la pratique que l'étude de l'hystérectomie totale pour cancer utérin fut à nouveau reprise.

Le premier, Freund (3), en 1878, aborda l'utérus par la laparotomie. Son succès eut, en Allemagne, un retentissement énorme, et les hystérectomies abdominales totales pour cancer utérin se multiplièrent. Mais les résultats étaient très mauvais : le shock opératoire, car les

(1) CHANTREUIL. — Th. Paris. 1872-73.

(2) DELPECH. — *Bull. Acad. de médéc.* 1830.

(3) FREUND. — *Berl. Klin. Woch.*, 1878, 15 juillet.

opérations toujours longues duraient souvent 2 heures et plus, le traumatisme intestinal considérable, l'hémotase mal conduite, les ligatures difficiles et peu sûres, les hémorragies fréquentes, enfin et surtout la septicémie : tels étaient les facteurs de la mortalité qui était énorme. Freund (1) accuse 73 p. 100 de morts opératoires, en 1881, et Kleinwächter (2) 74 p. 100, la même année; en 1883, Hegar et Kaltenbach (3) enregistrent encore 71 p. 100 de décès.

C'eut donc été, pour les accoucheurs une témérité peu justifiable que de recourir à cette « grande opération meurtrière », l'opération de Freund; la chirurgie ne leur fournissait aucune arme vraiment puissante contre le cancer utérin, et les avantages aléatoires que l'hystérectomie totale apportait à la mère ne pouvaient être comparés à la suppression raisonnée et méthodique du fœtus, et Bar résume ainsi la tendance d'esprit qui régnait à cette époque : « Pratiquer l'extirpation utérine par voie abdominale pendant la grossesse à une époque où le fœtus est viable, que le cancer soit étendu et ait dépassé les limites de l'utérus, ou qu'il soit limité, serait faire œuvre inutile et dangereuse. ».

Aussi les seules interventions chirurgicales qui fussent admises étaient-elles les amputations du col et l'opération césarienne. Mais les premières, lorsqu'on les pratiquait pendant la grossesse, déterminaient très fréquemment un avortement et d'ailleurs, dans les cas tant soit

(1) FREUND. — *Arch. f. Gyn.*, 1881.

(2) KLEINWÄCHTER — *Wien. med. Presse*, 1881.

(3) HEGAR et KALTENBACH — *Traité de gynéc. opérat.* (trad. P. BAR, 1885).

peu étendus, « l'amputation du col, même faite par le procédé de Schröder, ne peut donner que des résultats insuffisants » (Bar). Ce n'est donc là qu'une opération palliative, très utile parfois pour supprimer de nombreuses causes de dystocie au moment de l'accouchement.

L'opération césarienne restait donc la seule intervention pour préserver la vie de l'enfant, qu'on la fasse suivre, ou non, d'une hystérectomie à la Porro ; mais là encore les observations font voir combien on hésitait devant la laparotomie : on attendait l'échec de l'accouchement spontané, on laissait les membranes se rompre, le travail se prolonger, et, si on sauvait l'enfant, — le plus souvent on pratiquait l'opération sur une malade épuisée par les douleurs, par les manœuvres obstétricales multiples tentées auparavant, par son cancer, — et pour ainsi dire perdue. Aussi Bar trouve-t-il, sur 14 cas, 71 p. 100 de mortalité maternelle.

Et, c'est dans ces déplorables conditions, qu'à ce moment où l'engouement pour l'opération de Freund était général, furent pratiquées les premières hystérectomies totales sur utérus puerpéral pour cancer du col : Schröder (Obs. 58), puis Bischoff (Obs. 59) pratiquèrent tous deux, en 1879, une césarienne abdominale, suivie d'hystérectomie totale selon le procédé de Freund, sur des malades en travail, l'une étant en pleine infection, l'autre anémiée par des pertes répétées : les malades moururent très rapidement.

Mais ces tentatives isolées sont elles-mêmes une preuve de l'état d'esprit des accoucheurs à cette époque : les opérateurs n'avaient tenté l'ablation du

néoplasme qu'après avoir sauvé l'enfant par la césarienne à la fin d'une grossesse à terme; ils ne se reconnaissaient pas le droit de sacrifier délibérément et par avance la vie de l'enfant, puisque l'art chirurgical ne leur fournissait encore aucune méthode leur donnant des chances sérieuses d'obtenir une guérison radicale du cancer utérin. Du moins avaient-ils eu le grand mérite de montrer que les modifications apportées par la puerpéralité aux tissus et aux vaisseaux péri-utérins n'empêchaient pas l'ablation méthodique de l'utérus.

*
**

Assez rapidement, d'ailleurs, et d'abord en Allemagne, les idées vont évoluer, et, à l'abstention va succéder une tendance marquée à se placer pour le traitement du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse à un point de vue chirurgical pur. Ce revirement d'idées est complètement justifié, quand on envisage l'état de la question du traitement radical du cancer du col en général, à cette époque.

En effet, la laparo-hystérectomie, pour laquelle l'enthousiasme avait été si grand, perdit bien vite la plupart de ses partisans du fait de sa mortalité opératoire effrayante: les chirurgiens voyaient bien quels avantages leur offrait la voie haute, et Freund, dès 1880, avait insisté sur la nécessité de voir les uretères « pour les éviter », et sur la possibilité d'enlever les petits ganglions cancéreux disséminés dans le tissu cellulaire pelvien. Mais la technique opératoire abdominale et l'instrumentation étaient insuffisantes, l'asepsie chirurgicale

presque nulle; il fallait donc recourir à un autre procédé moins dangereux, sinon aussi logique, pour enlever les utérus cancéreux : c'était au tour de l'hystérectomie vaginale de montrer ses avantages qui lui firent prendre la première place, et la garder, jusqu'au début de ces dix dernières années.

Le procédé de Récamier n'était pas, en effet, tombé dans l'oubli complet : Czerny, Billroth, Schröder l'avaient repris en Allemagne, et les résultats immédiats étaient excellents, comparés à ceux de la voie haute. Hégar et Kaltenbach, Gusserow ne trouvent que 23 p. 100 de mortalité opératoire; les opérations deviennent nombreuses, la technique se perfectionne rapidement, et les décès tombent à 8,3 p. 100 en 1885, d'après Pfannenstiel (1). Les chirurgiens français, eux aussi, adoptent l'hystérectomie vaginale contre le cancer du col de l'utérus : Péan, Desmons (de Bordeaux), Tillaux, Segond, Richelot en sont les vulgarisateurs, et ajoutent encore à sa simplicité en substituant aux ligatures, les pinces à demeure sur les ligaments larges. En même temps, les indications de ce procédé se précisent, et par cela même se restreignent, car tous les auteurs sont d'accord sur ce point : l'hystérectomie vaginale ne donne de bons résultats que dans les cancers nettement limités au col de l'utérus; si le néoplasme a envahi le tissu cellulaire pelvien, on peut prédire une récurrence rapide, ou plus exactement, comme le fait remarquer Bouilly, une continuation du bourgeonnement cancéreux dans la plaie opératoire. Par contre, en

(1) In BAR. — Th. d'agrégation.

choisissant soigneusement les cas, les survies sont longues, et l'on peut, dans plusieurs observations, prononcer le mot de guérison.

Devant ces résultats encourageants, dans la lutte contre le cancer utérin, les accoucheurs étaient en droit d'envisager le cancer du col, chez la femme enceinte ou puerpérale à un point de vue tout différent de la période précédente. Par analogie avec le cancer de l'utérus non gravide, l'opération radicale devint donc la base du traitement du cancer du col au cours de la grossesse ou des suites de couches.

Mais les hystérectomies vaginales pratiquées chez la femme enceinte furent, dès le début, des interventions voulues, de choix, à l'inverse des premières laparo-hystérectomies, faites, nous l'avons vu, après césarienne préalable et sur des femmes épuisées. Les auteurs allemands firent, de suite, abstraction complète de la vie du fœtus, et dans les cas opérables, ils intervinrent, — si peu avancée que fut la grossesse. La malignité du cancer pendant la gestation, et surtout durant les derniers mois, leur interdisait d'attendre la viabilité du fœtus, encore moins l'accouchement spontané, s'ils voulaient faire une opération vraiment radicale.

Aussi les premières hystérectomies vaginales sur utérus gravidés furent-elles pratiquées au cours des quatre premiers mois de la grossesse, à quelques exceptions près. Mohr (1), dans sa thèse inspirée par Kalténbach, en 1889, préconisa la voie vaginale, et parmi les observations publiées, ce sont celles d'Olshausen, d'Hof-

(1) MOHR. — Th. Halle, 1889.

meier, de Winter, de Mackenrodt qui sont les plus nombreuses. L'intervention satisfaisait les opérateurs sous tous les rapports : la mortalité opératoire était très faible et la technique des plus simples, car l'extraction d'un utérus gravide par le vagin est aisé avant le 5^e mois de la grossesse, sans nécessiter aucune manœuvre spéciale.

Dans la deuxième moitié de la gestation, il n'en n'est plus de même : il faut vider l'utérus pour pouvoir l'enlever. Dans ce but, Olshausen (Obs. 239) et Theilhaber (Obs. 240) provoquèrent l'interruption de la grossesse, qu'ils firent suivre immédiatement de l'hystérectomie vaginale. Mais c'était là une conduite impossible à suivre si l'enfant était viable : les dangers de l'accouchement artificiel sont énormes, pour la mère comme pour le fœtus, étant donné la lenteur souvent très grande du travail et l'infection qui lui succède parfois, lorsqu'il y a cancer du col. Aussi, Olshausen proposa-t-il de faire une césarienne, de refermer l'utérus et la paroi abdominale, puis de pratiquer l'hystérectomie vaginale ; plus simplement Zweifel (Obs. 225) et Fehling (Obs. 228), après lui, amputèrent l'utérus au-dessus du vagin après la césarienne, selon la technique de Porro, pour extirper, dans un deuxième temps, le moignon cervical par le vagin.

La césarienne vaginale de Dührssen vint encore étendre les indications de l'hystérectomie vaginale au cours de la grossesse ; la libération et l'incision du col, puis du segment inférieur, en permettant d'extraire facilement l'enfant, même à terme, sans passer par l'abdo-

men, amorcent en même temps l'hystérectomie vaginale qui va suivre; le champ de l'opération reste le même, et les différentes manœuvres se succèdent sans se contrarier à aucun moment. On comprend facilement que cette technique nouvelle obtint, en Allemagne du moins, un grand succès, et, après Dührssen, Olshausen et Döderlein s'en firent les ardents défenseurs.

Ainsi l'hystérectomie par voie basse semble bien à cette époque, avoir fait oublier l'hystérectomie abdominale; lorsque Zweifel recourt à la laparotomie, (Obs. 123), c'est uniquement pour amputer un utérus gravide de 5 mois, trop volumineux pour sortir par en bas; quand Glockner (Obs. 109) ou Zweifel (Obs. 108) abordent par en haut un utérus puerpéral, ils le sectionnent au-dessus du vagin, et c'est l'ablation du col par en bas qui constitue le temps principal de l'opération; enfin dans les cas publiés par Puritano (Obs. 9), Chiarleoni (Obs. 8), de Boucaud (Obs. 16), ces auteurs avaient commencé par l'hystérectomie vaginale, et ce n'est que secondairement qu'ils recoururent à la laparotomie pour extirper l'utérus. Seuls, Mackenrodt, Fritsch, en Allemagne, Cullen, en Amérique pratiquèrent l'hystérectomie abdominale, sans césarienne préalable, sur des utérus gravides de 5 et 6 mois, restant ainsi fidèles à la technique qui allait d'ici peu réunir la majorité des suffrages.

En résumé, de l'instant où la guérison de la mère par l'hystérectomie totale était reconnue possible, les gynécologues furent unanimes en Allemagne à admettre le principe de l'intervention radicale pendant la gros-

sesse, quelle que fut la conséquence de l'opération au point de vue du fœtus.

Il n'en fut pas de même en France, et si l'on se reporte aux traités d'obstétrique, aux mémoires publiés, aux discussions sur cette question, on s'aperçoit qu'en dehors de rares exceptions, la non-intervention était la règle de conduite adoptée jusqu'à ces dix dernières années.

Cependant Hernandez (1), en 1894, avait montré l'importance des résultats obtenus à l'étranger, notamment par Mackenrodt, et il concluait à l'intervention immédiate dans les cas opérables, soit par voie vaginale durant les trois premiers mois, soit par laparotomie si la grossesse était plus avancée. Mais les esprits n'étaient pas préparés à accueillir cette hardiesse opératoire, ce qu'explique en partie, l'orientation de l'obstétrique française à cette époque. A l'étranger, et particulièrement en Allemagne, l'obstétrique et la gynécologie étant réunies dans les mêmes mains, la première devait fatalement suivre de plus près les évolutions heureuses de la seconde; le même opérateur qui vient d'extirper un utérus non gravide pour un cancer du col, est naturellement amené à user du même procédé lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, de sorte que les tendances opératoires ont pu prendre rapidement une prédominance marquée.

L'évolution des accoucheurs français fut nécessairement beaucoup plus lente; du fait de l'organisation des maternités, les opérations à allures chirurgicales y

(1) HERMANDEZ. — *Ann. Gyn. et Obst.* 1894, août.

étaient peu habituelles, et si les Allemands ont été interventionnistes de trop bonne heure, les accoucheurs français, par contre, n'ont peut-être pas usé assez tôt des ressources que leur offrait le traitement radical du cancer du col. L'unique préoccupation, à cette période, est encore d'obtenir un enfant vivant, et l'expectative pendant la grossesse est la règle. Pinard (1) en 1895, Maygrier (2) en 1898, estiment qu'on n'a pas le droit de sacrifier délibérément la vie de l'enfant pour une guérison opératoire éphémère et que guette une récurrence à bref délai. Bosche (3), en 1896, dans sa thèse inspirée par Tarnier, rejette l'avortement provoqué, l'ablation du col et l'hystérectomie totale : favoriser la dilatation du col au moment du travail, appliquer le forceps, au besoin pratiquer la césarienne, telle est, d'après lui, la conduite à tenir.

D'ailleurs, les seules observations publiées à cette époque sont des césariennes ou des amputations à la Porro [Porak (4), Tarnier (5)]; le cas de Fochier (Obs. 61) en 1888, ne peut vraiment entrer en ligne de compte, car l'hystérectomie totale dont il fit suivre sa section césarienne était plutôt dirigée contre l'infection utérine que contre le cancer du col. Richelot (Obs. 242), en 1895, fit, il est vrai, une hystérectomie vaginale, mais c'était un mois après un accouchement à terme.

Ce sont là les seuls cas que nous avons pu trouver,

(1) PINARD. — *Bulletin médical*, 1895, 12 juin.

(2) MAYGRIER, in TARNIER et BUDIN, t. II, p. 422, 1898.

(3) BOSCHE. — Th. Paris, 1896-97.

(4) PORAK. — *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* 1891, p. 349.

(5) TARNIER. — *Ann. Soc. obs. de France*, 1895, p. 130.

en France, alors que les observations publiées à l'étranger sont très nombreuses pendant le même laps de temps.

*
* *

Mais ce manque de confiance dans la cure chirurgicale du cancer utérin était sur le point de disparaître. Ce refus de l'intervention sanglante qui se retrouve, à un degré moindre, même dans l'histoire de la césarienne classique en France, allait peu à peu faire place à une initiative plus large. Après une hésitation, dont nous verrons plus loin les étapes, les accoucheurs français vont, eux aussi, admettre dans bien des cas l'intervention radicale dans le cancer du col compliqué de grossesse, et le retard dans l'évolution de leurs doctrines sera vite réparé ; c'est que, le principe une fois admis, ils pourront user, pour l'appliquer, de méthodes opératoires récentes, mais satisfaisantes à tous les points de vue.

De fait, l'évolution chirurgicale s'était faite rapide, à cette époque, et chaque jour avait apporté un progrès nouveau. Les travaux de Lister et de Pasteur avaient porté leurs fruits, et l'asepsie s'était précisée, rendant l'infection de moins en moins redoutable ; les procédés de narcose s'étaient aussi améliorés, diminuant le shock opératoire et permettant une technique plus réglée et plus minutieuse. Sous ces heureuses influences, la chirurgie abdominale, pour laquelle le péritoine avait toujours été une barrière dangereuse à franchir, avait peu à peu repris tous ses droits, et l'hystérectomie totale par voie haute était venue entrer en concurrence avec l'hystérec-

tomie vaginale qui avait gardé, jusque là, une prépondérance indiscutée.

La laparo-hystérectomie n'avait pas, en effet, été complètement abandonnée; les premiers succès de Freund, de Rydygier, de Baudenheuer avaient fait, il est vrai, renoncer à l'ablation totale de l'utérus atteint de cancer du col; mais dans les fibromes, on amputait l'utérus au-dessus du vagin, et la mortalité opératoire n'était pas trop forte. Le plan incliné de Trendelenburg, en 1885, vint faciliter énormément l'opération, en permettant de mieux protéger l'intestin et le péritoine; la technique de l'hystérectomie supra-vaginale retint donc d'abord l'attention et se précisa peu à peu; la ligature de l'utérine fut plus rapide et plus sûre; Hofmeier, en 1889, fit, le premier, la périlonisation sur le moignon utérin, séparant ainsi les surfaces cruentées de la séreuse saine; en somme, les hystérectomies sub-totales pour fibromes allaient rénover la totale pour cancer.

Dès 1891, Veit cherche à enlever le plus possible des ligaments larges, et, dans ce but, il lie les utérines près de la paroi pelvienne et dégage les uretères, sans préciser davantage ce temps opératoire : mais déjà se fait jour l'idée directrice de l'hystérectomie totale pour cancer du col. Quelques années plus tard, Rumpf et Riess fixent beaucoup la technique, car, s'ils opèrent toujours par voie vagino-abdominale, tout au moins ils s'attachent à enlever les ganglions pelviens et le tissu péri-utérin, en disséquant les uretères.

D'ailleurs, les opérateurs s'efforcent, à partir de cette époque, à faire des interventions de plus en plus complètes.

tes, poussés par les recherches sur l'envahissement lymphatique et ganglionnaire de Rosthorn, Kustner, Clark, Cullen, etc. Clark (1), en 1895, introduit des sondes dans les uretères, pour mieux les suivre et enlève d'un bloc, par en haut, l'utérus et une portion plus ou moins étendue du vagin; l'année suivante, Pryor (2) préconise et exécute la ligature préventive des deux artères hypogastriques. En 1898, Peiser (3) précise encore les règles de découverte des uretères, et insiste sur l'ablation minutieuse des ganglions pelviens et sur l'évidement complet des ligaments larges; la même année, Jacobs (4) conseille d'opérer en deux temps : ablation d'abord du corps de l'utérus, puis du col.

En France, ce mouvement en faveur de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer du col avait eu aussi sa répercussion; dès 1896, Terrier (5), qui auparavant utilisait la voie basse, aborde l'utérus par laparotomie, et après lui Quénu (6), Faure et d'autres publient des observations analogues; Ricard (7), en 1899, conclue en faveur de l'hystérectomie abdominale, et les statistiques lui donnent raison : la mortalité opératoire de Freund, de Terrier oscille autour de 20 p. 100; celle d'Irish (8), de Ricard (9) descend à 12 p. 100; celle de Jacobs (10) à 8,3 p. 100.

(1) CLARK. — *Bull. of. the John Hopkin's hospit.* VI, juillet août, 1895.

(2) PRYOR. — *Amer. Journ. of. obst.*, juin 1896.

(3) PEISER. — *Zeits. fur Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. 39.

(4) JACOBS. — *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, janvier 1898.

(5) TERRIER. — De l'hystérect. abdomin. tot. et part. *Rev. de chir.*, 1898.

(6) QUÉNU. — *Soc. chir. de Paris*, mars 1898.

(7) RICARD. — *Congrès de chirurgie*, Paris 1899.

(8) IRISH. — *Bost. med. and. Surg. Journ.*, mars 1899.

(9) RICARD. — In thèse AUCLAIR, Paris, 1898-99.

(10) JACOBS. — *Bull. de la Soc. belge d'obs. et de gyn.*, 1899, p. 166.

Enfin, en 1901, Wertheim (1) publie sa technique de l'hystérectomie abdominale totale élargie pour cancer du col, et règle tous les temps de l'intervention; il en fait voir les avantages, mais aussi les dangers et les écueils; il la codifie en un mot, si bien que son nom est justement resté attaché à cette opération. Jonnesco, au congrès de Rome de 1902, préconise la recherche des ganglions dans les fosses iliaques et lombaires, en remontant le long des vaisseaux prévertébraux, jusqu'au hile rénal; Martin et Simpson resèquent systématiquement les uretères et même la vessie en partie. Mais on revint bien vite de ces excès, et nous verrons, à l'étude des méthodes opératoires, quelle place tient actuellement l'ablation des ganglions.

En dehors des discussions de détail, l'hystérectomie abdominale totale était donc devenue, pour le traitement du cancer du col de l'utérus, une méthode de moins en moins meurtrière, en même temps que bien réglée, large, logique en un mot.

*
* *

Ces progrès énormes réalisés par la chirurgie devaient fatalement amener à intervenir dans les néoplasmes utérins au cours de la grossesse. Déjà, en 1898, Labadie Lagrave et Legueu (2) préconisèrent l'ablation large de la tumeur par voie abdominale, quel que soit l'âge de la grossesse. Puis, à Lyon, Gailly (3), en 1900, dans sa thèse inspirée par Pollosson, approuva la même

(1) WERTHEIM. — *Arch. für Gyn.*, 1901, t. LXV, p. 1.

(2) LABADIE LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de gynécologie*, Paris, 1898.

(3) GAILLY. — Th. de Lyon. 1899-1900.

conduite interventionniste, dans les cas opérables, et soutint qu'il ne faut pas hésiter à sacrifier l'enfant.

La discussion qui eut lieu en 1901 à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, à propos d'une observation apportée par Legueu (Obs. 71), montra l'orientation des esprits. Tandis que Pinard, Varnier, Champetier de Ribes et Bouilly n'agissent qu'au moment du terme, pour sauvegarder la vie de l'enfant par la césarienne, Legueu et Pozzi préconisent pour essayer de sauver la mère l'hystérectomie abdominale totale, tout au moins avant le 4^e mois de la grossesse; après, ils attendent la viabilité du fœtus, c'est-à-dire le 8^e mois, pour opérer. Cependant, à l'étranger, les mémoires sur la question deviennent nombreux : C. Hense (1) publie les résultats éloignés que donne l'ablation totale de l'utérus gravide et il établit d'encourageantes statistiques (24 p. 100 de non-récidives après 5 ans). Trotta (2), en 1902, conclue à l'opération immédiate par laparo-hystérectomie. A ces tendances interventionnistes, Commandeur oppose la thèse de Dève (3) : dans le cancer, il faut laisser évoluer la grossesse et opérer le plus près possible du 9^e mois ou au début du travail; on pourra alors, si l'état de la femme le permet, pratiquer une hystérectomie abdominale totale après la césarienne : c'était condamner la mère à une récurrence, sinon à une mort rapide.

Mais le travail de Dève semble marquer la fin de

(1) C. HENSE. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* — 1901. Bd. 46, p. 68.

(2) TROTTA. — *Arch. di ost. e gin.* 1902, août.

(3) DÈVE. — Thèse de Lyon, 1903-04.

l'abstention de l'obstétrique française. A. Condamin (1), en 1904, puis R. et A. Condamin (2), en soutenant les avantages de la voie vaginale, conseillent l'opération immédiate, quel que soit l'âge du fœtus, même au 6^e ou au 7^e mois de la grossesse; Briend (3), dans sa thèse de 1905, est aussi interventionniste, car « *une thérapeutique active peut se soutenir au grand jour* », et pour lui, la conduite à tenir ne prête à discussion, dans les cas opérables, qu'entre le 6^e et le 8^e mois.

C'est de la même façon que Oui (4), dans son rapport au Congrès d'Alger, envisage la question : « *L'hystérectomie peut être indiquée dans les premiers mois de la grossesse, lorsque le cancer est limité, l'opération donnant alors à la mère des chances sérieuses de survie prolongée et même de guérison* » ; mais, en se basant sur les observations publiées, il ajoute : « *Quand le fœtus est viable, la meilleure conduite à tenir est d'attendre le terme de la grossesse* ». Les conclusions de la thèse de Sabotier (5) sont identiques, quoiqu'un peu plus larges, puisque « *si on est persuadé que plus tôt on opérera, meilleurs seront les résultats, il faudra alors, sans s'occuper du fœtus, pratiquer l'hystérectomie dès que le diagnostic sera porté* ».

Actuellement, la question semble donc bien tranchée : c'est la mère qu'il faut essayer de sauver avant tout, et dernièrement J. L. Faure (Obs. 56), d'accord avec Pinard,

(1) A. CONDAMIN. — Thèse de Lyon, 1903-04.

(2) R. et A. CONDAMIN. — *Annales de gyn. et d'obst.* 1905, II, p. 129.

(3) BRIEND. — Thèse de Lyon, 1905-06.

(4) OUI. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1907, p. 193.

(5) SABOTIER. — Thèse de Nancy, 1909.

opéra une femme enceinte de cinq mois et demi qui présentait « dans la paroi vaginale antérieure, un noyau gros comme un pois, aberrant..., sorte de métastase,... *faisant bien mal augurer de l'avenir au point de vue d'une cure définitive* (1) ».

*
* *

Ainsi, au cours de ces vingt-cinq dernières années, l'hystérectomie totale est peu à peu apparue comme le traitement rationnel et légitime du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum; dès l'instant où on a pu penser qu'une intervention était capable de sauver — et de bien sauver la mère —, la valeur de l'enfant devait décroître, et a décréu, dans la proportion où les chances de la mère s'accroissaient.

Il reste à savoir si l'opération radicale est, dans tous les cas légitime: il n'en n'est rien. Chaque cas apporte avec lui son lot de contingences qui se groupent de façons les plus diverses.

Cependant nous pouvons mettre hors de pair trois facteurs qui, plus que tous les autres, sont capables de limiter l'intervention; ce sont :

1° L'extension du cancer, car s'il est des cas où la guérison est obtenue, il en est d'autres, trop avancés, où l'intervention est décevante; la première indication à remplir, la plus importante, parfois la plus difficile est de

(1) J. L. FAURE. — *Arch. mens. d'obst. et de gyn.* n^o, 4 avril 1912. p. 309.

sérier les cas, de déterminer les favorables et les défavorables, de définir l'opérabilité.

2° L'état du fœtus. La présence de l'enfant *in utero* crée, de toute évidence, au cours de la grossesse, des contingences spéciales qui rendent parfois infiniment délicates les indications opératoires; si réduits qu'on estime les droits de l'enfant, ils existent cependant, et ils apparaissent singulièrement troublants vers le 7^e ou 8^e mois.

3° Enfin, les chances de septicémie créées par le travail de l'accouchement et le post-partum.

Nous essaierons de préciser l'état actuel de ces différents points, ainsi que les méthodes opératoires, dans les chapitres suivants.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Pour être opérable, un cancer doit pouvoir être extirpé avec tous les tissus, voisins ou éloignés, qu'il a envahis; l'opération doit dépasser les extensions de la tumeur, être radicale, en un mot; mais l'intervention ne peut être entreprise que si l'étendue de cette exérèse n'entraîne pas à des manœuvres trop longues ou à des délabrements trop vastes, que le malade ne saurait supporter sans péril immédiat; tels sont les deux principes qui viennent limiter, en des sens opposés, l'opérabilité des tumeurs malignes en général.

Les indications opératoires varient donc avec la situation de la tumeur, suivant que celle-ci envahit en s'étendant, des tissus dont l'ablation est possible ou interdite, par leur nature même; d'autre part l'opérabilité sera d'autant plus facile à apprécier que les extensions néoplasiques seront plus accessibles à l'examen clinique. En tous cas, ce n'est pas le plus souvent la tumeur elle-même, mais bien l'étendue de ses propagations qui trace en grande partie les limites de l'opérabilité.

Dans le cancer du col de l'utérus, les extensions néoplasiques se font suivant des modes dont nous essaierons de schématiser plus loin les directions et l'im-

portance ; mais la situation même du col utérin, voisin immédiat d'organes comme les urètres, la vessie, le rectum, fait déjà présumer que bien souvent les infiltrations cancéreuses vont englober des organes dont l'envahissement rendra l'opération impossible ; de plus, la possibilité pour le néoplasme de se propager à l'intérieur du bassin, au delà de limites que décèle l'examen clinique rend l'étude de ses extensions particulièrement délicate et sujette à discussions.

Il est donc nécessaire de définir d'abord aussi exactement que possible les facteurs dont dépend l'opérabilité du cancer du col utérin, hors la grossesse, et les signes qui permettent cliniquement de préciser les indications opératoires. Nous essaierons ensuite de montrer les modifications que subissent ces facteurs du fait de la grossesse, du travail et des suites de couches et nous déterminerons les difficultés cliniques nouvelles que l'on rencontre dans l'appréciation des lésions propagées — (et même quelquefois primitives), — par suite des changements survenus dans la sphère génitale, du fait de la gravidité.

Nous réserverons pour un autre chapitre l'étude des limites qu'impose à l'opérabilité la présence *in utéro* de l'enfant, être vivant.

I. — De l'opérabilité du cancer du col de l'utérus, hors la grossesse.

L'opérabilité du cancer du col utérin repose essentiellement sur les indications que fournissent :

1° L'état général de la malade ;

2° L'examen du cancer en lui-même ;

et surtout :

3° La recherche des extensions néoplasiques.

Cependant l'opérabilité reste dans certains cas imprécise et sujette à discussion. Cette variabilité dans l'interprétation des indications opératoires relève de l'esprit plus ou moins hardi de l'opérateur. Le rôle que joue le tempérament chirurgical est de toute évidence ; là où un chirurgien aura reculé, un autre interviendra, se souvenant surtout des résultats heureux qu'il a observés. Mais c'est là un coefficient d'opérabilité qu'il convient de laisser de côté, d'autant plus que chez la femme enceinte son rôle doit être encore plus effacé.

A. — **Indications suivant l'état général.** — Nous n'insisterons pas sur les indications qui relèvent de l'état général de la malade. Pour le point de vue spécial qui nous occupe, elles ne sont d'aucune utilité à préciser dans le cancer du col utérin en général. Nous les étudierons complètement chez la femme enceinte.

B. — **Indications tirées des caractères de la tumeur.** — L'aspect de la tumeur est, par contre, intéressant à approfondir. En précisant les différents aspects cliniques du cancer du col de l'utérus, nous pourrons les comparer à ceux que l'on rencontre au cours de la grossesse, et nous serons à même d'apprécier ainsi les modifications qu'impose la gravité aux principaux caractères de la tumeur.

De plus, aux différentes variétés cliniques correspondent, nous le verrons, des propagations différentes dans leur direction et leur rapidité.

Le cancer du col de l'utérus comprend deux variétés bien tranchées, à tous les points de vue; ce sont :

a) Le cancer du museau de tanche;

b) Le cancer du canal cervical.

1° *Le cancer du museau de tanche* se présente au moins à ses débuts, sous deux formes principales :

La forme papillaire ou végétante, la plus fréquente, se présente sous l'aspect « de masses bourgeonnantes, molles, qui se laissent effriter ou déchirer » (Delbet); d'où la comparaison classique de cette tumeur avec un chou-fleur implanté sur les lèvres du col. Sa prolifération est parfois considérable, et arrive par son volume, à remplir le fond du vagin.

La forme nodulaire, ou interstielle, débute par un noyau situé sous la muqueuse du col; il est très rare de l'observer à ce stade de développement; le plus souvent, elle est déjà ulcérée, et cette ulcération, qui se laisse facilement pénétrer par l'ongle, « repose sur une tumeur dure et est entourée de bords épaissis, infiltrés, sans limites précises » (Delbet).

2° *Le cancer du canal cervical*, de par son siège même, est plus ou moins vite accessible à l'examen, suivant le niveau où il a débuté dans le canal cervical; en tous cas, il se révèle toujours par une ulcération, de même caractère que la précédente, d'où son nom de cancer cavitaire. Si le mal a pris naissance près de l'orifice externe du col, il éverse les lèvres, et le doigt le

découvre facilement; au contraire, dans les cancers plus haut situés, le toucher intra-utérin est indispensable pour l'atteindre, avant qu'il n'ait ulcéré et fait disparaître le col presque en entier.

A cette division du cancer du col utérin suivant le siège de son début correspondent en général les deux grandes variétés histologiques du cancer du col utérin.

Cette concordance s'explique aisément par la structure de la région. Le col de l'utérus, en effet, est revêtu d'une muqueuse à épithélium différent, sur ses faces externe et interne. En dehors, la couche muqueuse n'est autre que celle du vagin, à épithélium pavimenteux, ce revêtement empiétant même légèrement à l'intérieur du canal cervical, au niveau de l'orifice externe. En dedans, le col est tapissé par la muqueuse à épithélium cylindrique commune à toute la cavité utérine. Le cancer qui prend naissance sur la face externe du col n'est donc pas, à proprement parler, un cancer utérin, mais bien un cancer vaginal, à type pavimenteux, et ce caractère fondamental se retrouve dans son évolution et dans ses propagations. Le cancer du canal cervical est, par contre, à type cylindrique.

C'est là une différence fondamentale, dont nous allons retrouver l'influence capitale en étudiant les extensions du cancer du col utérin.

Mais, par le seul aspect extérieur de la tumeur, on peut déjà conclure en partie à sa plus ou moins grande opérabilité. Schématiquement, en effet, on peut résumer les types cliniques du cancer du col en deux formes principales : la forme proliférante et la forme ulcéran-
te, la

première se développant aux dépens de la muqueuse externe du col, la seconde prenant naissance au niveau de la muqueuse endo-cervicale.

La gravité respective de ces deux variétés n'est pas comparable; la forme végétante a une marche moins rapide, une tendance moins grande à l'expansion (Jonnesco) (1), et, « il semble que lorsque le cancer bourgeonne et se développe au dehors il n'ait aucune tendance à infiltrer le col, à pénétrer dans la profondeur » (J. L. Faure). — Par contre, les auteurs sont d'accord pour proclamer la malignité de la forme cavitaire, dont l'infiltration se fait en profondeur, vers la base des ligaments larges. Les dimensions parfois énormes de la forme papillaire ne doivent donc pas faire reculer, sans examen approfondi; la gravité ne peut se juger par l'aspect superficiel de la lésion : c'est l'étendue de ses propagations, le sens où elles se font, les organes qu'elles englobent qui règlent avant tout leur opérabilité et permettent de poser les indications opératoires d'une façon précise.

C. — Indications tirées de l'examen des extensions de la tumeur. — Sans vouloir faire une étude anatomo-pathologique approfondie des tumeurs malignes du col utérin, il nous faut cependant envisager certaines particularités anatomiques des propagations du cancer du col; c'est seulement après les avoir étudiées à ce point de vue que nous pourrions en tirer les indications nécessaires pour préciser les indications et les limites de l'intervention.

(1) JONNESCO. — *Congrès de Rome*, 1902.

1° DES VOIES D'EXTENSION DU CANCER DU COL UTÉRIN. — Il est de toute évidence que les propagations néoplasiques vont varier suivant le siège de la tumeur, c'est-à-dire suivant sa nature histologique. Il faut donc envisager séparément les extensions de l'épithélioma pavimenteux, *vaginal*, et celles de l'épithélioma cylindrique, *utérin*.

a) Les propagations du cancer de la *portion vaginale du col de l'utérus* se font, le plus fréquemment, vers le vagin, la vessie et le rectum. En tous cas, ces néoplasmes n'envahissent que rarement et tardivement le corps de l'utérus; cette assertion était de la plus haute importance, au moment où l'amputation supra-vaginale du col était préconisée contre les cancers du museau de tanche, et l'on comprend les discussions que suscitèrent à leur époque, les recherches de Abel, Frœnkel, Eckart, etc., sur ce sujet. Aujourd'hui, l'hystérectomie totale a diminué l'intérêt de ces travaux à ce point de vue, mais nous pouvons cependant en retirer cet enseignement important, que le cancer de la portion vaginale n'a aucune tendance à se propager par en haut.

Le vagin est l'organe le plus souvent envahi par les épithéliomas pavimenteux. La propagation se fait généralement par continuité et extension simple de la lésion primitive et même l'infiltration vaginale semble contemporaine de l'envahissement cervical, dans certains cas : ce sont ceux que Pozzi décrit sous sa forme liminaire du cancer du col de l'utérus. Parfois l'envahissement se fait par une sorte d'inoculation; on trouve un noyau secondaire développé sur une des parois vaginales, et séparé du cancer cervical par une portion de tissu sain

intermédiaire : c'est le cas d'une des opérées de J.-L. Faure (Obs. 56).

L'extension néoplasique peut se limiter à ce degré ; mais le plus souvent l'envahissement, s'étendant davantage, gagne les plans cellulux qui unissent le vagin à la vessie, infiltrant ainsi la cloison vésico-vaginale ; c'est là une propagation fréquente, et parfois précoce dans la forme végétante [Jonnesco, Oltramare (1)]. Le néoplasme, progressant sans cesse, ulcère peu à peu les différentes couches de la paroi vésicale, jusqu'à amener une fistule vésico-vaginale, avec prolifération néoplasique à l'intérieur du réservoir urinaire.

Au même niveau, la tumeur peut gagner en arrière et s'étendre au rectum. Mais, outre que c'est là une propagation moins fréquente, nous la laisserons de côté, ne l'ayant pas trouvée signalée dans les observations que nous avons réunies.

A côté de ces propagations de voisinage, immédiates, l'épithélioma pavimenteux du col en offre d'autres, aussi fréquentes et encore plus importantes ; ce sont celles qui se font vers le tissu cellulaire pelvien. Ces extensions à distance du cancer de la portion vaginale se rencontrent surtout dans les formes interstitielles, ulcérautes (Bouvier) ; elles se font *en suivant* les deux ou trois gros troncs lymphatiques qui émergent des bords latéraux de la portion sus-vaginale du col et montent vers la paroi pelvienne, en avant de l'artère utérine pour gagner les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe, d'après

(1) OLTRAMARE. — Th. Paris, 1902-1903.

Marcille ; sur leur trajet, il peut exister un ou plusieurs ganglions juxta-cervicaux, d'après Lucas-Championnière, Sappey et Bruhns.

Ainsi se trouve infiltré le tissu celluleux pelvien qui tapisse, de chaque côté, la portion sus-vaginale du col ; cette zone correspond au paramètre, en clinique ; elle n'a pas, à vrai dire, de limites bien marquées, et cependant elle doit être nettement différenciée des régions avoisinantes, tant au point de vue clinique qu'opératoire. Le paramètre, ou tissu celluleux péri-cervico-vaginal n'est, en somme, que la partie interne de la base des ligaments larges, avec le tissu cellulaire de laquelle il se continue ; il voisine ainsi avec la crosse de l'utérine et les plexus veineux du pédicule vasculaire inférieur de l'utérus ; tout près, l'urètre traverse la région pour se porter obliquement vers la vessie. On comprend ainsi qu'un envahissement limité du paramètre laissera une indépendance et une mobilité relatives aux organes voisins ; à un degré plus avancé, ce ne sera plus seulement le paramètre qui sera induré, mais encore le tissu qui entourent les éléments du pédicule utérin, vaisseaux, nerfs et urètre : il y a là une question d'étendue sur laquelle, nous le verrons, repose l'opérabilité.

b) *Le cancer du canal cervical*, cylindrique, réellement utérin, obéit dans ses propagations à une tendance inverse de celle de l'épithélioma pavimenteux ; alors que ce dernier s'étend vers le bas, celui-ci, au contraire pousse ses extensions vers le haut, c'est-à-dire vers le corps utérin et vers l'étage supérieur du tissu cellulaire pelvien.

La propagation du cancer du canal cervical vers le corps de l'utérus établie par les travaux d'Hofmeier et de Winter s'explique d'elle-même, si on se reporte à son origine histologique; il y a là une extension simple par continuité; le mal se propage en suivant la même muqueuse qui lui a donné naissance et les traînées épithéliales remontent parfois au delà de l'isthme jusque dans la cavité utérine, de la même façon que le cancer papillaire s'étend, de proche en proche, sur la muqueuse du vagin.

En même temps, grâce au travail d'excavation qui s'observe dans cette forme, le cancer tend à dépasser le col sur les côtés et à envahir le tissu cellulaire pelvien au niveau de l'isthme par en haut et le vagin par en bas.

L'infiltration du tissu cellulaire, guidée par les lymphatiques du col qui remontent vers les ganglions hypogastriques est naturellement plus haute, plus profonde que dans le cancer de la portion vaginale; elle est aussi plus précoce et plus rapide. Souvent aussi, on trouve une infiltration haute du ligament large, par continuité à travers le muscle utérin (Olttramare). Ce n'est donc plus seulement le paramètre, c'est-à-dire la région juxta-cervicale, qui est envahie, mais bien la base du ligament large tout entière, c'est-à-dire l'espace cellulaire dans lequel cheminent et se ramifient les éléments du pédicule utérin inférieur (Descomps). Ainsi ces organes vont être confondus dans une masse indurée, faisant corps avec le col, s'étendant jusqu'aux parois pelviennes, englobant les vaisseaux, les nerfs et souvent l'uretère lui-même.

Enfin, le néoplasme, continuant sa marche progressivement envahissante, peut encore gagner le tissu cellulaire qui double le vagin et infiltrer les ligaments utéro-sacrés, qui, au niveau du col et du dôme du vagin, viennent se confondre avec le tissu cellulaire engainant le pédicule utérin. Le col forme alors un bloc cancéreux immobilisé au milieu du petit bassin.

2° DÉDUCTIONS AU POINT DE VUE DE L'OPÉRABILITÉ. — Ces divers degrés et ces différentes directions de l'envahissement du cancer du col utérin sont la base sur laquelle doivent s'appuyer les indications opératoires. Il nous faut donc voir par quels signes ces extensions se révèlent à l'examen, et, en même temps, qu'elles sont, parmi elles, celles qui permettent l'intervention radicale et celles qui l'interdisent.

Schématiquement, on peut décrire trois foyers principaux d'infiltration néoplasique, d'après leur situation ; ce sont :

1° *Les extensions basses*, au vagin et à la vessie, — la propagation au rectum étant volontairement laissée de côté ;

2° *Les extensions moyennes*, au niveau du tissu cellulaire péri-cervico-vaginal, au paramètre.

3° *Les extensions hautes*, suivant le tissu cellulaire de la base des ligaments larges, s'infiltrant parfois entre les deux feuillets séreux de ce méso péritonéal, et dans les ligaments utéro-sacrés.

Bien entendu, c'est là une division trop schématique, mais elle répond, en classant ainsi les divers envahisse-

ments par régions étagées, à des difficultés cliniques et opératoires différentes, donc à des indications variables.

a) *Extensions basses.* — La propagation du cancer du col utérin au vagin et à la vessie est en général facile à apprécier, et c'est celle qui restreint le moins les indications opératoires.

Parfois le vagin présente une ulcération qui se continue avec celle du col; à moins d'être très étendue. Cette perte de substance ne contre-indique nullement l'intervention. Les procédés opératoires modernes permettent facilement l'ablation du vagin malade, d'autant plus que le mal s'arrête nettement au point où se termine l'ulcération : si on sectionne de suite au-dessous on est en tissu sain (J.-L. Faure).

De même, l'induration profonde du vagin, où la présence de noyaux secondaires dans son épaisseur n'ont par eux-mêmes que peu de valeur; mais ils indiquent l'infiltration de la cloison vésico-vaginale et l'envahissement possible de la vessie, et c'est sur ce dernier point que repose l'opérabilité des cancers du col propagés par en bas.

Pour Simpson, il est vrai, l'infiltration néoplasique de la vessie, n'interdit pas l'intervention, et cet auteur admet que la résection partielle de la vessie, et au besoin des uretères, rend opérables les cas ainsi étendus. Actuellement, la tendance est bien moins interventionniste. Pour Hartmann (1), il faudra s'abstenir si l'envahissement du vagin est étendu surtout sur sa face

(1) HARTMANN. — *Ann. gyn. et obs.* 1909, juillet.

antérieure. D'après Pollosson (1), l'opérabilité doit être un peu plus large; le défaut de souplesse de la cloison vésico-vaginale, même constatée par le toucher intra-vésical, ne suffit pas; la miction difficile et fréquente indiquent que la vessie n'est pas indemne, mais ces signes peuvent relever aussi bien d'une inflammation de voisinage que d'une inflammation nettement cancéreuse. Aussi l'examen direct de la vessie au cystoscope, préconisé par Zagenmeister (2), puis, plus récemment, par Winter (3), semble-t-il appelé à rendre de grands services pour juger de l'opérabilité dans ces cas. De ces recherches, voici les conclusions que l'on peut tirer : si la muqueuse vésicale est seulement congestionnée, l'opération est encore possible, mais s'il y a de l'œdème vésical, le cancer est déjà presque inopérable, car la libération de la vessie sera très pénible et l'uretère courra de grands dangers au cours de l'intervention. Bien entendu, si le cystoscope découvre des nodosités vésicales faisant anormalement saillir le trigône, à plus forte raison des excroissances ou une ulcération néoplasiques, l'opération doit être abandonnée.

b) Extension de l'étage moyen. — Quand le cancer a infiltré le tissu cellulaire pelvien qui tapisse les faces latérales de la portion sus-vaginale du col et du dôme du vagin, les indications opératoires deviennent parfois délicates à poser et sujettes à discussion. L'opérabilité dépend essentiellement de l'étendue sur laquelle le

(1) POLLOSSON. — *Rev. de Gyn. et chir. abd.* 1905, n° 5.

(2) ZAGENMEISTER. — Cité par JONNESCO. *Cong. de Rome*, 1902.

(3) WINTER. — *Cong. d'urologie de Berlin*, 1909.

tissu celluleux a été envahi; il faudra, en effet, au cours de l'intervention et quel que soit le procédé employé, faire l'exérèse complète des traînées cancéreuses, c'est-à-dire passer en dehors d'elles; or, comme l'uretère descend obliquement dans la région vers la vessie, les tissus malades viennent l'entourer; il est donc nécessaire de recliner le conduit urinaire pour extirper les masses néoplasiques. C'est là une manœuvre facile, si l'induration cancéreuse n'est pas trop étendue; souvent quelques tractus néoplasiques immobilisent l'uretère, mais on peut l'en séparer aisément; dans d'autres cas, l'uretère, sans être envahi dans ses tuniques, se creuse un lit, un véritable tunnel dans les tissus malades qui le compriment (J.-L. Faure), et, pour le dégager, il faut une dissection patiente et minutieuse, parfois dangereuse car elle peut amener à sa suite une fistule urétérale.

L'appréciation clinique du degré de l'envahissement néoplasique du tissu péri-cervico-vaginal est donc de toute importance pour établir l'opérabilité; mais cette évaluation de l'étendue des lésions est parfois très difficile.

En fait, deux signes principaux renseignent sur la propagation cancéreuse; ce sont : l'exploration des culs-de-sacs vaginaux et la recherche de la mobilité du col de l'utérus.

L'examen des culs-de-sacs révèle une perte de souplesse, et le doigt sent, au-dessus de la paroi vaginale, tantôt une résistance vague, peu précise, profonde, tantôt une induration en traînée qui se dirige, sous forme d'un cordon dur, vers la paroi pelvienne; cette indura-

tion péri-cervicale peut d'ailleurs être simplement inflammatoire, du fait d'infections secondaires développées au niveau de la tumeur cervicale; mais, « en clinique, toute induration de la base des ligaments larges doit être tenue pour suspecte » (Labadie-Lagrave et Legueu).

Parallèlement, le col de l'utérus a perdu de sa mobilité, et, quand on cherche à l'abaisser, il semble être attaché profondément par une corde inextensible; l'utérus est encore mobile dans son ensemble, mais, quand on tire sur le col, on sent le ou les culs-de-sacs voisins se déprimer avec lui.

Dans quelle mesure ces signes révélateurs de l'extension cancéreuse limitent-ils l'opérabilité? En général, les auteurs ne les considèrent pas comme une contre-indication absolue, car ils n'indiquent pas un envahissement suffisamment étendu du tissu cellulaire pelvien. Pour Pollosson, quand on sent à travers les culs-de-sacs vaginaux une masse *tenant à l'isthme et au col*, immobilisant légèrement l'utérus, on doit encore opérer, car ce sont souvent des épaissements cancéreux de l'utérus et le paramètre est sain.

On comprend combien, dans certains cas, l'interprétation des résultats de l'examen est difficile, et il est classique de rappeler que les lésions sont toujours plus étendues que ne le montre l'examen; mais cependant il semble, d'après les observations que nous avons réunies, qu'avec une induration nette des culs-de-sacs vaginaux on puisse pratiquer l'intervention, avec l'espérance d'un heureux résultat.

c) *Extensions hautes.* — Les propagations hautes du cancer du col de l'utérus interdisent naturellement l'intervention, du fait de l'étendue des tissus malades.

Ces extensions ne sont d'ailleurs qu'un degré plus élevé des propagations moyennes; qu'elle prenne naissance au niveau d'un cancer de la portion vaginale du col, ou d'un néoplasme du canal cervical, l'infiltration néoplasique a gagné plus ou moins rapidement le tissu cellulaire de la base des ligaments larges, englobant, immobilisant en une masse indurée les éléments du pédicule utérin, épaisissant parfois en arrière les ligaments utéro-sacrés.

Cliniquement, l'étendue des lésions va être révélée par la perte de la mobilité utérine : c'est là « le signe clinique capital, qui, à lui seul, permet mieux que tous les autres de juger de l'opérabilité » (J.-L. Faure). Lorsque le col seul fait corps avec le tissu péri-cervical, la tumeur est encore opérable; mais quand l'utérus est immobilisé en entier, quand des tractions par une pince fixée dans le col ne peuvent l'abaisser, même si le toucher n'a révélé aucune induration suspecte, le cancer n'est plus extirpable avec ses extensions. En effet, pour que la mobilité utérine soit amoindrie, il faut une extension déjà assez lointaine du mal; si l'infiltration est limitée au tissu cellulaire juxta-utérin, elle n'entraîne pas une immobilisation de l'organe.

L'immobilisation utérine est donc le facteur capital de l'opérabilité du cancer du col de l'utérus; c'est l'un des plus difficile à interpréter. Ainsi, pour Pollosson (1),

(1) POLLOSSON. — *Lyon chirurgical*. 1909, fév. p. 333.

autour d'un utérus immobile, le tissu cellulaire peut être envahi par un mélange d'infiltration cancéreuse et de phénomènes inflammatoires, et l'opération peut être facile alors qu'on l'avait crue, cliniquement, très difficile. C'est là peut-être repousser trop loin les limites de l'opérabilité. D'après Jayle (1) quand le cancer a envahi les ligaments larges, les résultats ne sont plus satisfaisants. Pour J.-L. Faure, les cas où l'utérus *commence* à perdre sa mobilité sont déjà de mauvais cas où il vaut mieux s'abstenir. Nous verrons que lorsque la grossesse vient compliquer le cancer du col, c'est à cette dernière règle que doivent obéir les indications opératoires.

En résumé, l'opérabilité du cancer du col de l'utérus dépend en première ligne du degré d'envahissement du tissu cellulaire pelvien, secondairement de l'état d'infiltration de la paroi vésicale; il est d'ailleurs bien des cas particuliers où l'appréciation de la mobilité utérine prête à discussions, et où le tempérament chirurgical décide en partie de l'intervention ou de l'abstention.

Ces principes d'opérabilité étant établis, il nous reste à examiner si, chez la femme enceinte ou récemment accouchée, les indications opératoires se posent de la même manière et permettent une latitude aussi grande dans l'appréciation de l'étendue des lésions.

(1) JAYLE. — *Rev. gyn. et chir. abd.* 1908 t. XII, p. 755.

II. — De l'opérabilité du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse.

Nous avons vu en terminant notre historique que l'hystérectomie totale chez la femme enceinte est actuellement considérée comme une opération légitime par la majorité des auteurs. Mais il est de toute évidence que les indications de l'intervention ne peuvent se poser, au cours de la grossesse, comme dans les conditions communes; sans examiner le sort de l'enfant et l'influence qu'il exerce dans le choix du moment de l'opération, on ne peut cependant oublier « qu'ici, où il s'agit de deux vies, il faut certainement donner des limites circonscrites à l'opérabilité du cancer » (Treub.) Pour les cas justes opérables, on est en droit, dans les circonstances ordinaires, de tenter une intervention, qu'il faut résolument abandonner chez la femme enceinte.

Il est donc nécessaire, au cours de la grossesse, de poser les indications opératoires avec le plus grand soin, d'autant que pendant la gestation l'exacte appréciation du cancer en lui-même, et surtout de ses extensions, est plus délicate que chez la femme non gravide.

A. — Indications tirées de l'état général. — Tout d'abord, les contre-indications tirées de l'état général de la malade devront être examinées avec une grande attention.

Par elle-même, la grossesse ne s'oppose nullement à l'intervention, et l'hystérectomie totale chez la femme enceinte ne semble pas sensiblement plus grave qu'en

dehors de la gestation; nous verrons que les mortalités opératoires sont, avec des procédés identiques d'intervention, absolument comparables. Ce fait s'explique par la facilité remarquable, d'où la brièveté relative, de l'hystérectomie pendant la gravidité. Lorsque les malades ne présentent pas d'altérations de leur état général, et quand la tumeur n'est pas compliquée d'infection surajoutée, l'intervention est bien supportée, comme le montrent les observations où fréquemment les opérées ont quitté l'hôpital au bout de trois semaines.

Mais il n'en est plus de même si l'infection cancéreuse a déjà envahi l'organisme, et toute femme enceinte, tant soit peu touchée dans son état général ne relève plus que du traitement palliatif. S'il y a des œdèmes, de l'albumine, une phlegmatia, des hémorragies répétées, pratiquer l'hystérectomie serait aller au devant d'un désastre. Mackenrodt (Obs. 4) intervint dans ces conditions sur une femme enceinte de 6 mois, et la malade succomba en 24 heures dans le collapsus.

Les réactions de laboratoire entreprises dans le but de préciser la réaction du cancer sur l'organisme n'ont jusqu'ici donné que des résultats insignifiants au point de vue de l'opérabilité. La réaction du sérum des cancéreuses au venin de cobra n'est pas spécifique et ne peut servir à déterminer le degré de l'attente portée à la résistance de la malade.

De Boucaud (1) insiste sur l'importance de l'examen

(1) DE BOUCAUD. — *Rev. mens. d'obs. gyn., et péd. de Bordeaux*, 1899, p. 469.

complet des urines, au point de vue chimique et histologique, et sur la recherche de la perméabilité rénale; de fait, l'influence de la grossesse qui, dans les conditions normales, trouble déjà la circulation rénale, justifie cette étude minutieuse de l'élimination urinaire, quand il y a cancer du col.

Mais le plus souvent, les indications tirées de l'état général ne sont pas à discuter longuement, car, à la cachexie générale correspond presque toujours un développement accentué du néoplasme, et le toucher vient lever les doutes en interdisant l'opération.

B. — **Indications tirées des caractères de la tumeur.** — Localement, la grossesse modifie les caractères de la tumeur, et les sensations qu'apporte le toucher, quand on examine un cancer du col chez une femme enceinte diffèrent un peu de celles qu'on a dans les conditions ordinaires.

En effet, tout au moins chez les multipares, — et ce sont celles qui nous intéressent surtout, comme le montrent les cas publiés — le col utérin se ramollit de bonne heure, s'affaisse sur lui-même, et, au milieu de la souplesse exagérée du vagin, le doigt ne le sent plus que comme un bourrelet, dont les lèvres sont épaisses, molles et boursouflées.

On comprend que, dans ces conditions nouvelles, un cancer au début, un simple noyau d'induration puisse rester inaperçu. Mais dès que le néoplasme a acquis un certain développement, le diagnostic est facile, et les cas sont rares où l'on a pris la tumeur pour un cotylédon placentaire ou un caillot sanguin (Obs. 82).

Le cancer végétant, mamelonné, bosselé, tranche par son irrégularité, sur le tissu lisse du col; mais son point d'implantation ne repose plus sur un col dur et ferme, comme en dehors de la grossesse, et il se perd de suite dans la mollesse des tissus. De même le cancer ulcéré se détache nettement sur le col, par la résistance qu'il offre au doigt, et il est très rare qu'il participe au ramollissement général de la région.

En somme, en clinique, on ne doit jamais oublier que la lésion, à moins d'être très étendue, semble, chez la femme enceinte, être plus superficielle, plus localisée, plus facile à délimiter entre les doigts qui la touchent.

C. — Indications tirées des extensions de la tumeur. — Il nous reste à examiner quelles sont les difficultés nouvelles que l'examen clinique doit surmonter, chez la femme enceinte, pour apprécier l'étendue des propagations cancéreuses et juger ainsi de l'opérabilité du cancer du col utérin.

1° EXTENSIONS BASSES. — La propagation du néoplasme au vagin et à la vessie n'offre aucun caractère bien spécial, au cours de la grossesse. C'est encore l'envahissement vésical qui juge l'opérabilité comme dans les conditions normales. Dès que l'infiltration de la cloison vésico-vaginale fait présumer des difficultés dans le clivage du plan cellulaire, il semble que le cas ne soit plus favorable. Ainsi Legueu (Obs. 71) pratiqua l'hystérectomie totale quinze jours après un curetage des fongosités cancéreuses; durant ce laps de temps, le cancer avait beaucoup progressé vers

la vessie : la récurrence survint en 4 mois. Chez une opérée de J.-L. Faure (Obs. 86) des noyaux cancéreux secondaires du vagin adhéraient profondément à la vessie; par ailleurs, les propagations pelviennes étaient minimales; il y eut une fistule vésico-vaginale consécutive à l'opération, et la malade succomba 5 mois après d'infection urinaire.

Nous n'avons trouvé, parmi nos observations, qu'un seul cas où mention fut faite d'un examen de la vessie au cystoscope; c'est l'observation rapportée par Ginsburg (n° 49) dans sa thèse (1909); il s'agissait d'une grossesse de trois mois; la malade accusait des douleurs dans le ventre et les reins, avec mictions fréquentes; le paramètre était un peu infiltré à droite et, au cystoscope, on vit de l'œdème vésical, étendu entre les embouchures des uretères; le col était presque à moitié détruit par une vaste ulcération; la malade mourut en dix jours de péritonite.

Dans ce cas, étant donné l'âge peu avancé de la grossesse, la cystoscopie renseignait encore exactement; mais dès que l'utérus a acquis un certain volume, il faut se rappeler que la vessie est déformée, et que le trigone cesse d'être médian, car les embouchures des uretères sont rejetées en haut et en arrière (Bar et Luys (1); c'est là une difficulté qu'il est nécessaire d'avoir présente à l'esprit, dans l'appréciation des extensions vésicales du cancer du col au cours de la grossesse.

2° EXTENSIONS INTRA-PELVIENNES. — Si l'appréciation des propagations basses du cancer du col utérin au

(1) BAR et LUYs — in. LUYs. — *Explor. de l'app. urin.* Paris 1909, p. 253.

cours de la grossesse n'offre pas de grosses difficultés, l'évaluation de l'étendue des lésions vers le tissu cellulaire pelvien est, par contre, bien plus malaisée que dans les conditions communes. Cette difficulté tient, d'une part, à l'infiltration œdémateuse qui envahit, pendant la gestation, tous les tissus de la zone génitale, y compris le tissu cellulaire pelvien, d'autre part à l'augmentation de volume du corps utérin et à la formation du segment inférieur. Aussi les conditions vont-elles différer avec l'époque de la grossesse où sera pratiqué l'examen : nous les examinerons successivement avant et après le cinquième mois.

a) *Recherche des propagations pelviennes au cours de la première moitié de la grossesse.* — Durant les premiers mois, la grossesse modifie peu les conditions de l'examen. C'est surtout l'exagération de la mobilité utérine normale, jointe au poids sans cesse croissant de l'organe qui rend plus délicate l'appréciation de l'étendue des lésions. Dès le début de la gestation, l'utérus acquiert une mobilité énorme, par suite de la souplesse anormale de tous les tissus qui l'entourent ; aussi, lorsque l'infiltration est localisée au tissu péri-cervical, elle se mobilise avec l'utérus, et, quand on vient à abaisser le col, celui-ci peut encore obéir à l'impulsion, alors que, dans les conditions ordinaires et avec une infiltration néoplasique d'égale étendue, sa mobilité serait déjà en partie limitée.

De même, la mobilité de l'utérus tout entier persiste bien plus longtemps ; l'infiltration néoplasique des liga-

ments larges pourra donc être assez prononcée sans entraîner, comme elle le fait hors la grossesse, l'immobilisation de l'utérus. Dans un cas opéré par de Boucaud (Obs. 16), l'utérus gravide de deux mois et demi s'abaissait nettement par tractions avec une pince à col; et pourtant, au cours de l'hystérectomie, on s'aperçut « qu'à gauche le cancer avait débordé l'utérus, avait infiltré le ligament large sur une largeur de 4 à 5 centimètres, avait englobé l'uretère et filé en avant jusqu'au niveau de la vessie ». De même, dans une observation (n° 17) de Pollosson, chez une femme enceinte de cinq mois, les ligaments larges ne paraissaient pas envahis; on dut cependant, au cours de l'hystérectomie abdominale, extirper en deux fois les masses néoplasiques et la vessie fut ouverte accidentellement; il y eut d'ailleurs récurrence en 3 mois. Reusing (Obs. 138) opéra une femme enceinte de trois mois, dont le paramètre gauche était envahi: il y eut récurrence 4 mois après.

Ainsi dès le début de la grossesse, le degré de la mobilité utérine devra être exactement précisé et dès que l'utérus commence à s'immobiliser, l'hystérectomie devra être rejetée chez la femme enceinte, alors qu'elle est encore permise dans les conditions normales. Dans une de ses observations (n° 12), Döderlein ayant trouvé un utérus gros, antéfléchi, *peu mobile*, avec le paramètre droit infiltré, insiste sur ce fait que l'examen ne lui révéla aucun signe de grossesse; celle-ci ne fut découverte qu'à l'intervention; diagnostiquée plus tôt, elle eut peut-être empêché l'hystérectomie car, chez une femme enceinte, l'opérabilité du cas devenait discutable.

b) *Recherche des propagations pelviennes après le cinquième mois.* Au cours de l'évolution des derniers mois de la gestation, le développement du segment inférieur vient changer complètement les conditions anatomiques. Le corps utérin se trouve séparé du col par l'accroissement sans cesse plus important de ce segment inférieur, et dès lors, il ne peut plus s'agir de rechercher la mobilité de l'utérus en entier, mais seulement la mobilité du col, soit par le doigt vaginal, soit à aide d'une pince à col.

D'autre part, la base des ligaments larges s'étale sur les côtés du segment inférieur, en espaçant les éléments du pédicule utérin; son tissu cellulaire s'assouplit comme tous les tissus environnants. Il faudra donc une infiltration cancéreuse très étendue, bien plus accentuée que dans les conditions communes, pour transformer les pédicules vasculaires en cordons indurés et inextensibles.

Aussi doit-on rechercher directement l'envahissement du tissu cellulaire pelvien, car, dès le 6^e mois, la mobilité du col perd une partie de sa signification. Grâce à la souplesse des culs-de-sacs vaginaux, on pourra apprécier directement l'étendue des extensions cancéreuses dans la base des ligaments larges, et si l'on perçoit des noyaux d'induration profonde, l'opérabilité est sujette à discussion. Delanglade (Obs. 72), chez une femme à terme, trouva un *utérus mobile*, avec une indication légère des culs-de-sacs antérieur et latéraux; cliniquement, donc, les lésions semblaient peu étendues et pourtant, l'hystérectomie fut difficile, à cause de l'envahissement de l'étage inférieur du liga-

ment large, et 2 mois après, la cicatrice vaginale présentait une induration suspecte; là encore la grossesse avait masqué l'importance de la propagation cancéreuse.

*
* *

En résumé, pour juger l'opérabilité d'un cancer du col de l'utérus chez la femme enceinte, il faudra pratiquer un examen minutieux sous anesthésie générale de préférence, et après un curetage préalable des fongosités si le cancer est bourgeonnant. *L'appréciation de la mobilité utérine est secondaire* dès que l'utérus a acquis un certain volume. L'existence de noyaux indurés dans la base du ligament large, l'épaississement profond des culs-de-sacs vaginaux, même avec un col utérin encore un peu mobile sont révélateurs d'extensions souvent trop étendues pour permettre une exérèse complète. De même, si la vessie participe au processus néoplasique, ce que dénote l'infiltration de la cloison vésico-vaginale, l'hystérectomie totale doit être abandonnée.

En somme, ne sont guère opérables au cours de la grossesse, que les cancers qui, *cliniquement*, apparaissent *limités à l'utérus*, car bien souvent l'intervention découvrira des propagations que la grossesse avait fait juger bien moins étendues, et l'on ne peut ici, comme dans les conditions ordinaires, recourir à une laparotomie exploratrice.

III. — De l'opérabilité du cancer du col de l'utérus au cours du travail.

La recherche de l'opérabilité du cancer du col utérin chez la femme en travail ne nous arrêtera pas long-

temps; savoir si le néoplasme est, oui ou non, opérable, ne souffre en général pas de difficultés, à cette époque de la grossesse.

Assez souvent, en effet, l'accouchement ne se fait pas par les voies naturelles; la rigidité du col empêche toute dilatation, et l'on intervient par la section césarienne. On conçoit que, dans ces cas, la recherche de l'opérabilité du cancer est chose des plus aisées. La césarienne vaginale permet, en désinsérant le vagin, de voir le degré de l'envahissement péri-cervical; la césarienne abdominale, par la laparatomie qu'elle entraîne, met encore bien plus clairement sous les yeux de l'opérateur, l'envahissement du tissu cellulaire pelvien et l'infiltration péri-urétérale. C'est ainsi que Freund (Obs. 62) put facilement sentir un col mobile, donc un néoplasme possible à enlever.

Dans les cas rares où l'accouchement se termine par les voies naturelles, on ne pourra poser les indications opératoires qu'après l'expulsion de l'enfant; nous verrons plus loin comment on doit établir l'opérabilité dans les suites de couches.

IV. — De l'opérabilité du cancer du col de l'utérus pendant les suites de couches.

Nous n'insisterons pas non plus sur les limites de l'opérabilité du cancer du col utérin chez la femme récemment accouchée. Il est de toute évidence que les indications opératoires seront les mêmes, à cette époque, que dans les conditions communes; nous discuterons plus

loin le moment qui semble le plus opportun pour pratiquer l'hystérectomie totale. Mais, s'il s'agit seulement de distinguer les cas opérables des autres, il suffira, en pratiquant l'examen, de se rappeler que pendant les dix premiers jours après l'accouchement la zone génitale présente encore le ramollissement caractéristique de la grossesse, entraînant ainsi à de faciles erreurs dans l'appréciation des propagations néoplasiques.

DES CORRECTIFS APPORTÉS AUX INDICATIONS OPÉRATOIRES DU FAIT DE L'ENFANT

Nous avons essayé, dans le chapitre précédent, de définir l'opérabilité du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, du travail et du post-partum, en montrant les difficultés plus ou moins grandes qu'entraîne l'appréciation des propagations néoplasiques dans ces circonstances spéciales. Nous n'avons eu en vue, jusqu'alors, que la tumeur en elle-même, modifiée dans son aspect clinique du fait de la grossesse ou des suites de couches.

Il nous faut maintenant étudier l'influence qu'exerce l'enfant sur l'opportunité du traitement radical dans les cas opérables.

Étant données les tendances interventionnistes actuelles et la place que l'hystérectomie totale a su acquérir dans le traitement du cancer du col utérin, il est de toute évidence que, dans la majorité des circonstances, on devra sacrifier l'enfant sans délai et opérer la mère au cours de la grossesse; les observations de date récente que nous avons trouvées dans les publications françaises

prouvent que c'est là l'opinion de la plupart des auteurs. Néanmoins, cette ligne de conduite ne doit pas être adoptée aveuglément dans tous les cas opérables, et Beckmann (1) paraît trop catégorique, quand il conseille d'opérer « sans aucune considération pour l'enfant ». Dans certains cas, peu nombreux il est vrai, on est en droit de retarder momentanément l'intervention pour n'avoir en vue que l'existence de l'enfant : celle-ci ne doit pas être, *toujours*, mais seulement *presque toujours* sacrifiée aux chances de guérison de la mère.

Mais les indications de l'hystérectomie totale peuvent encore être modifiées d'une autre façon : c'est lorsque, à la suite de l'expulsion de l'enfant, mort ou vivant, à terme ou prématuré, l'infection a envahi les voies génitales ; ce nouveau facteur, dont l'enfant est bien la cause indirecte, modifie naturellement les conditions de l'intervention radicale.

Nous étudierons donc d'abord la façon dont les indications opératoires sont modifiées, aux différentes époques de la grossesse, du fait de la présence de l'enfant, être vivant ; son importance grandit naturellement au fur et à mesure que la gestation approche du terme : nous verrons entre quelles limites elle doit empêcher de pratiquer l'opération radicale immédiate.

Nous envisagerons ensuite les conditions nouvelles d'opérabilité que crée le développement de la septicémie utérine, soit au moment du travail, soit par la mort du fœtus *in utero*, soit au cours des suites de couches.

Nous n'aurons naturellement en vue que les cas de

(1) BECKMANN. — *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* t. 67, 1910, fs. 2.

cancer du col utérin *opérables chirurgicalement*, et tels que nous les avons précédemment définis.

*
* *

I. — Les indications de l'hystérectomie totale dans les cinq premiers mois de la grossesse.

C'est au cours de la première moitié de la grossesse que l'opération radicale pour cancer du col utérin a suscité le moins de discussions parmi les auteurs, car c'est à cette époque qu'on peut, le plus facilement, négliger le fœtus. Dès que les résultats encourageants de l'hystérectomie vaginale firent entrevoir des chances de guérison pour la mère, les gynécologues allemands n'hésitèrent pas à interrompre la grossesse dans les premiers stades de son développement, et presque toutes les interventions qui furent pratiquées de 1885 à 1895 se rapportent à des femmes enceintes de moins de six mois, ou, au contraire, en travail. La fréquence des avortements, des accouchements prématurés, la mortalité énorme autorisent, en effet, à considérer le sacrifice du fœtus comme de peu d'importance, puisque l'opération interrompt une grossesse qui a peu de chances d'aboutir.

Le facteur maternel occupe donc le premier rang, à juste titre, au cours des cinq premiers mois de la gestation du fait que le fœtus a des chances de ne pas atteindre l'époque de la viabilité. Mais, de plus, c'est au début de la gestation que le pronostic opératoire est le meilleur pour la mère, car le cancer est encore peu

développé et n'a pas eu le temps de pousser, à l'intérieur du bassin, des propagations qui le rendent inextirpable. Le nombre des observations, où la tumeur fut jugée opérable, avant le 6^e mois, est en effet, assez grand, et, quand les lésions sont décrites, il s'agit le plus souvent, de cancers au début, avec peu d'envahissement des organes voisins. L'opérabilité est donc assez large, au début de la grossesse.

L'influence que doit exercer le cancer du col sur la possibilité de la conception explique bien cette fréquence des cas favorables au début de la gestation. La plupart des auteurs admettent, en effet, que le cancer du col empêche la conception, dès qu'il est un peu développé, à l'inverse de l'opinion de Cohnstein (1). Pour Güsserow, la conception ne peut avoir lieu que si le néoplasme est au début, et Stratz (2) soutient la même opinion, qu'il appuie sur des statistiques : de même pour Winckel, pour Schröder, la fécondation, déjà difficile avec une tumeur petite, serait presque impossible, dès qu'elle a acquis un certain développement.

Ainsi, pendant les premiers mois de la gestation, on se trouve, en général, en présence d'un cancer peu étendu ; mais son évolution rapide empêche de retarder le moment de l'intervention pour attendre la viabilité du fœtus.

Normalement, en effet, en dehors de l'état gravide, la marche du cancer du col est déjà assez rapide par elle-même, et n'excède pas en moyenne douze à quinze mois

(1) COHNSTEIN. — *Arch. für Gyn.* T V., p. 336.

(2) STRATZ. — *Zeits. f. geb. u. Gyn.* Bd. XII.

(Labadie-Lagrange et Legueu). Mais, au cours de la grossesse, son évolution habituelle est aggravée, et se fait bien plus rapidement. Siebold (1), il est vrai, avait admis une influence modératrice, sinon curatrice, de la grossesse sur le cancer du col utérin, mais cette opinion est actuellement complètement abandonnée. Les faits sont nombreux, d'ailleurs, qui prouvent le contraire; Simpson (2) et Galabin (3) rapportèrent des cas dans lesquels, en 4 mois, la tumeur devint inopérable, et l'observation de Zweifel est devenue classique, où le cancer augmenta de deux travers de doigt en quinze jours. Chez une opérée de Legueu (Obs. 71), « vingt jours après un curetage des fongosités, le cancer a considérablement progressé, et s'est beaucoup étendu du côté de la vessie »; la malade était enceinte de 7 mois. Poisson (Obs. 80) fit l'amputation du col, au cours du 4^e mois de la grossesse; 4 mois après, la malade revient à l'hôpital, en travail, avec un état général mauvais : amaigrissement, teinte jaune paille, et sciatique droite très douloureuse; elle mourut de cachexie cancéreuse moins d'un an après l'intervention. Cosentino (4) rapporte un cas où la malade, encore opérable au 5^e mois de la grossesse, mourut deux mois après de cachexie cancéreuse.

Cette aggravation du cancer du col utérin du fait de la grossesse se traduit d'ailleurs, cliniquement, par la précocité et l'intensité des hémorragies; dans presque

1) SIEBOLD. — In th. de BAR.

(2) SIMPSON. — Cité in th. de BAR.

(3) GALABIN. — Cité in th. de BAR.

(4) COSENTINO. — *Atti della Soc. ital. di ost. e gin.* t. X.

toutes les observations détaillées, les auteurs les signalent comme survenant alors que la tumeur en est encore à son début; elles sont parfois très violentes, anémiant la mère, compromettant le fœtus, en rapport d'ailleurs avec la plus grande vascularisation de l'utérus gravide. La première phase du développement du cancer du col, parfois si longtemps silencieuse dans les conditions ordinaires, est abrégée au cours de la grossesse.

Cette marche rapide et extensive du cancer du col chez la femme enceinte est d'ailleurs très explicable par de multiples raisons.

Tout d'abord, le jeune âge des malades les prédispose à une évolution rapide de la tumeur. « Le cancer évolue plus lentement sur les tissus adultes que sur les tissus jeunes, dont les éléments anatomiques en pleine évolution se défendent mal contre l'infiltration cancéreuse. La malignité du cancer, c'est-à-dire la rapidité avec laquelle il se propage et se généralise, est donc en quelque sorte en raison inverse de la vitalité des tissus qu'il envahit » (Bar) (1).

De plus l'augmentation de la vascularisation dans la zone génitale multiplie encore la tendance proliférative du néoplasme; la circulation s'exagère naturellement aussi au niveau de la tumeur, et les cellules cancéreuses profitent de cet excès de nutrition pour accroître plus vite leur développement (2).

(1) BAR. — Th. d'agrégation.

(2) CLUNET. — *Recherches expérimentales sur les tumeurs malignes*. Thèse de Paris, 1909-10. Cet auteur, étudiant l'évolution des tumeurs mammaires spontanées chez la souris, pendant la lactation, les a vues proliférer davantage à cette époque, à l'inverse des tumeurs greffées qui tendent à régresser. « Tout se passe comme si glande mammaire et tumeur mammaire

Enfin, l'augmentation de la circulation lymphatique péri-utérine facilite tout naturellement le transport des germes cancéreux, au cours de la gestation. Les recherches histologiques de von Franqué (1) et de Puppel (2), sur des utérus gravides enlevés par hystérectomie totale confirment le mauvais pronostic du cancer du col utérin au cours de la gestation ; très rapidement, les cellules cancéreuses gagnent les paramètres et les ganglions du bassin; bien souvent, il y a thrombose cancéreuse des vaisseaux lymphatiques éloignés, alors que la tumeur semble encore localisé à son point de départ.

Cette prolifération particulièrement active, cette tendance envahissante du cancer du col utérin pendant la grossesse obligent donc à intervenir radicalement, dès le diagnostic d'opérabilité posé. Avant le 6^e mois, le pronostic opératoire est relativement bon pour la mère ; mais en attendant le terme de la gestation ou même la viabilité du fœtus, on s'expose à trouver une tumeur inopérable.

Par contre, en pratiquant de suite l'hystérectomie totale, on obtient des résultats réellement encourageants.

Sur 88 cas de grossesse avant le 6^e mois, nous avons trouvé, comme résultats globaux, 6, 6 p. 100 de mortalité opératoire; 24, 9 p. 100, c'est-à-dire à peu près le quart des malades, sont signalés en bon état 2 ans

avaient besoin pour leur développement d'une même substance; dans les tumeurs *spontanées*, le tissu néoplasique est aussi bien partagé que celui de la glande normale pour absorber cet aliment; *il profite comme lui de la poussée congestive qui accompagne la lactation* » (p. 155).

(1) FRANQUÉ. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, T. 44, p. 173.

(2) PUPPEL. — Th. de Königsberg, 1900.

au moins, et parfois bien plus après l'opération, et il est à noter que, dans 42 p. 100 des cas, les auteurs ne donnent aucun renseignement sur la récurrence, proche ou éloignée.

En étudiant d'un peu plus près les observations qui décrivent l'étendue des lésions, on constate que, dans la grande majorité, il s'agit de cas favorables. Dans les 44 hystérectomies pratiquées par la voie vaginale, cinq fois seulement les paramètres sont signalés comme envahis; par contre, les cancers étendus sont bien plus nombreux dans les relations d'hystérectomies faites par voie haute; tels sont les cas de Cullen (Obs. 7) où on ne put enlever tout le paramètre envahi, le cas de Döderlein (Obs. 12) où l'utérus était presque immobilisé, le cas de Wertheim (Obs. 34) où les deux paramètres étaient infiltrés, le cas de Veit (Obs. 41) où on trouva de nombreux ganglions à droite, le cas signalé par Ginsburg (obs. 49) où le cystoscope avait montré l'envahissement de la vessie. Une récurrence rapide est d'ailleurs signalée dans toutes ces observations, où la tumeur côtoie les limites de l'opérabilité. En éliminant ces cas douteux, on trouve que le quart des malades environ, (25, 3 p. 100) a récidivé en moins de deux ans.

En résumé, au cours des cinq premiers mois de la grossesse, compliquée de cancer du col de l'utérus, l'opérabilité plus large de la tumeur à cette époque, son évolution rapide si on l'abandonne à elle-même, les résultats obtenus par l'intervention radicale immédiate s'accordent à tracer une ligne de conduite, qui est actuellement admise par tous les auteurs, et qu'Hernan-

dez (1) préconisait déjà en 1894, quand il écrivait :
« dans les cas opérables, on doit faire l'opération le plus vite possible, sans considération pour l'enfant, car attendre sa viabilité serait condamner la mère.... »

II. — Des indications de l'hystérectomie totale au cours du 9^e mois.

Pendant le 9^e mois de la grossesse, et avant tout début de travail, la conduite à tenir ne souffre pas, en général grandes discussions, et c'est pour cette raison que nous l'envisageons de suite après avoir étudié l'opportunité de l'opération au début de la grossesse. Pendant le 9^e mois, en effet, l'intervention immédiate concilie à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant et permet de ménager également les deux éléments en jeu.

C'est d'ailleurs là une éventualité qui se présente rarement, et nous n'en n'avons trouvé que 30 cas, contre 88 au cours des cinq premiers mois de la grossesse. Ce petit nombre s'explique facilement; le plus souvent, les malades ont déjà été examinées avant d'arriver près du terme de leur grossesse; leur attention a été éveillée par les hémorragies et les pertes fétides, très fréquentes, d'autant plus marquantes qu'elles succèdent fréquemment à une absence de règles; si la tumeur n'a pas été extirpée avant cette époque, c'est que ses extensions empêchent toute intervention; il est donc rare de voir une femme atteindre le 9^e mois de sa grossesse avec un cancer du col de l'utérus encore opérable.

D'ailleurs, les indications sont des plus faciles à poser. L'intérêt de l'enfant exige que l'accouchement ne se fasse pas par les voies naturelles; nous avons vu les résultats déplorables que donnait, au point de vue du fœtus, l'attente du terme de la grossesse et de l'expulsion spontanée de l'enfant : 37 à 42 p. 100 de mortalité, en moyenne (Bar et Hermann). La césarienne s'impose donc, et n'est même plus discutée actuellement. Tout naturellement, après l'extraction de l'enfant, l'hystérectomie totale suivra si l'exploration des lésions par la brèche opératoire, montre que le cancer est opérable.

Les résultats, au point de vue de l'enfant, sont excellents. En éliminant le cas de Bischoff (Obs. 59) qui fut opéré en 1879 et ne peut vraiment pas entrer en ligne de compte, on constate que deux fois l'enfant ne peut être ranimé, sur 29 césariennes pratiquées au cours du 9^e mois; la mortalité infantile s'établit donc autour de 6,8 p. 100. Dans le premier des cas suivis de morts, il s'agissait de jumeaux (Obs. 208); dans le second, le fœtus présentait un hématome intra-crânien (Obs. 84).

Au point de vue maternel, on trouve un seul cas (Seiffart, Obs. 180) où l'intervention a été suivie de mort; ces bons résultats immédiats doivent s'expliquer en partie par ce fait que la majorité des hystérectomies totales, vaginales ou abdominales, pratiquées pendant le 9^e mois et avant le début du travail sont de date relativement récente; elles ont donc pu bénéficier des améliorations de la technique chirurgicale.

Mais les résultats éloignés sont moins bons; les récives rapides surviennent dans une proportion de

27,5 p. 100, et il n'y a plus que 17,2 p. 100 des opérées qui soient retrouvées en bon état 2 ans après l'intervention; le pronostic éloigné est donc mauvais. Ce résultat cadre bien avec l'évolution du cancer du col chez la femme enceinte; au neuvième mois de la grossesse, la tumeur doit être très étendue et, dans bien des observations, les auteurs ont insisté sur l'importance des propagations cancéreuses (Obs. 186, 84 surtout, 98, 100). Il s'agit donc souvent de néoplasmes à peine opérables, et à l'extirpation desquels la récurrence a de grandes chances de succéder. Néanmoins, la cure radicale doit en être tentée, car une fois terminée la section césarienne, les contingences apportées par l'enfant disparaissent, et on a le droit de se montrer plus large dans l'appréciation de l'opérabilité : il n'est pas indifférent d'assurer une survie, fut-elle brève, à une femme fatalement condamnée et qui vient d'être mère.

Une question secondaire peut cependant être envisagée, qui d'ailleurs ne change pas, dans ses grandes lignes, la conduite à tenir au cours du 9^e mois de la grossesse.

L'opération césarienne, avons-nous dit, est l'intervention qui sauvegarde le mieux la vie de l'enfant; mais on peut se demander si l'on est autorisé à la pratiquer dès le début du neuvième mois, ou si, au contraire, il n'est pas préférable d'attendre une époque plus rapprochée du terme de la gestation. Actuellement, *la césarienne à date fixe*, avec un col encore fermé, avant tout début de travail, est admise, dans l'intérêt même de l'enfant (Bar), car le préjudice, plutôt théorique, que cette opération avant terme cause au fœtus ne peut entrer en comparai-

son avec les avantages qu'entraîne une opération bien réglée, préparée d'avance, méthodique et non d'urgence, pour ainsi dire.

Quant à la césarienne doit succéder une hystérectomie totale, on conçoit combien il est précieux de ne pas retarder l'intervention; le cancer, en effet, prolifère pendant son attente, d'autant plus rapidement que la grossesse approche de son terme; en même temps, l'état général de la femme s'affaiblit d'autant plus que la gestation se prolonge. Enfin, le travail peut se déclarer prématurément mettant à la fois la mère et l'enfant en état de moindre résistance pour résister au shock opératoire, comme nous le verrons plus loin.

La césarienne suivie de l'hystérectomie totale, *au cours* du neuvième mois est donc justifiée, à tous les points de vue : d'ailleurs, dans les observations, les interventions sont aussi nombreuses dans le neuvième mois *qu'à terme*.

III. — Des indications de l'hystérectomie totale aux 6^e et 7^e mois.

Nous avons étudié les indications de l'extirpation radicale du cancer du col utérin pendant les cinq premiers mois de la grossesse et au cours du dernier mois, et nous avons vu que les auteurs s'accordaient aujourd'hui pour adopter une ligne de conduite identique ; que ce soit la vie de la mère, au début de la gestation ou celle de l'enfant au voisinage du terme, qui soit l'élément prépondérant; dans les deux alternatives, l'intervention radicale est autorisée dans le plus bref délai.

A partir du sixième mois, le problème à résoudre devient singulièrement plus complexe; le fœtus approche de la viabilité, et si l'on peut atteindre cette époque, la césarienne suivie de l'hystérectomie totale sauvegardera à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant, et les conditions de l'intervention seront comparables à celles où on se trouve au cours du 9^e mois. Il nous faut examiner s'il est possible de poursuivre ainsi le salut de l'enfant, sans nuire trop complètement aux chances de guérison de la mère.

Dans les publications étrangères, la question semble nettement tranchée, et depuis longtemps déjà, Olshausen (1) en 1897, préconisait l'interruption de la grossesse par un avortement artificiel, si l'utérus est trop gros pour pouvoir être extirpé par la voie vaginale; en Italie, Acconci (2) se montre partisan de l'opération immédiate sans prêter aucune attention à la viabilité du fœtus; de même Särwey, dans le livre de Veit, conseille l'avortement provoqué à partir du 6^e mois, pour faciliter l'hystérectomie vaginale; ne pas s'occuper de l'âge de la grossesse, mais opérer de suite, telle est aussi l'opinion que soutiennent Hense (3) Sohège (4), Glockner (5), Dührssen (6) en Allemagne, Coen (7) et Trotta (8) en Italie, Carstens (9) en Amérique.

(1) OLSHAUSEN. — *Zeits. fur. geb. u. gyn.* 1897, n. 10, p. 469.

(2) ACCONCI. — *Riv. di obs.*, octobre 1896.

(3) C. HENSE. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, T. 46, p. 68.

(4) SOHÈGE. — Thèse de Leipzig, 1901

(5) GLOCKNER. — *Beitr. z. geb. u. gyn.*, T. VI., fasc.

(6) DUHRSEN. — *Zentral. f. gyn.* 1897, n° 30, p. 943.

(7) COEN. — *Rassegna d'ost e gin.* 1901, n° 3.

(8) TROTTA. — *Arch. di ost. e gin.* 1902, août.

(9) CARSTENS. — *Amer. j. of obst.* 1902, janvier

En France, Gailly (1), inspiré par Pollosson, se range à la même opinion : lorsque le cancer peut être considéré comme opérable, dit-il, il faut intervenir *sans retard*, et ne pas hésiter à sacrifier l'enfant.

Mais à côté de ces interventionnistes déclarés, il s'en trouve d'autres, moins absolus, parmi lesquels Condamin (2), Briend (3) et Grimoud (4); pour ces auteurs, la conduite à tenir dépend avant tout de la tumeur et de ses extensions. Si le néoplasme est au début, si son évolution ne paraît pas trop rapide, on peut ajourner l'opération pendant un mois, pour attendre la viabilité du fœtus ; en cas contraire, il ne faudra pas hésiter à sacrifier l'enfant : la décision à prendre repose donc sur l'impression qui ressort de l'exploration clinique du cancer.

Au premier examen, la conduite préconisée par les interventionnistes modérés semble des plus rationnelles, mais en considérant les faits de plus près, elle n'apparaît plus que comme un moyen terme, une demi-mesure, qui, bien souvent, va à l'encontre des intérêts, maternels et fœtaux qu'elle s'efforce de concilier.

Les chances de guérison de la mère ne peuvent, en effet, que diminuer, du fait de ce retard apporté à pratiquer l'intervention. L'évolution du cancer, nous l'avons vu, est d'autant plus rapide que la grossesse est plus avancée ; il est donc particulièrement délicat de prévoir qu'elle sera la marche de la tumeur en cause, dans un

(1) GAILLY. — Th. de Lyon, 1899-1900.

(2) CONDAMIN. — Th. Lyon, 1903-04.

(3) BRIEND. — Th. Lyon, 1905-06.

(4) GRIMOUD. — *Gaz. des hôp.* 1907, sept., p. 1251.

cas particulier, et il semble difficile d'apprécier à l'avance l'état des lésions à plusieurs semaines d'intervalle; il y a là une série de facteurs, dépendant de l'état général de la femme, de la grossesse et de l'activité des cellules néoplasiques qui échappent à une évaluation exacte.

De plus, il est difficile, cliniquement, de se rendre compte exactement des extensions d'un cancer du col au cours de la grossesse, dès que l'utérus a acquis un certain volume; bien souvent, les propagations paraissent peu étendues, même en pratiquant l'examen sous anesthésie, et l'intervention montre un envahissement marqué du tissu cellulaire pelvien. En attendant la viabilité du fœtus, on s'expose donc à trouver inopérable ou tout au moins très étendu un cancer qu'on aurait pu extirper dans de bonnes conditions au 6^e mois de la gestation.

D'autre part, est-ce donner de sérieuses chances d'existence au fœtus, que d'attendre le terme de sa viabilité pour opérer radicalement? Les statistiques s'accordent pour répondre négativement. Oui (1) dans son rapport au congrès d'Alger, en 1907, trouve seulement 19 p. 100 d'enfants vivants, dans les cas de césariennes pratiquées au cours des 7^e et 8^e mois de la grossesse. En envisageant uniquement les opérations pratiquées pendant le 7^e mois, nous avons trouvé dans nos observations 36, 3 p. 100 d'enfants morts contre 18, 1 p. 100 de vivants, dans 45, 4 p. 100 des cas, le sort de l'enfant n'est pas signalé.

(1) OUI. — *Ann. gyn. et obst.*, 1907, avril, p. 193.

La mortalité est donc considérable pour les enfants extraits par césarienne, au cours du 7^e mois. De plus, si l'enfant survit, c'est un prématuré. Son existence future est ainsi forcément compromise dans de très fortes proportions, puisque la mortalité secondaire s'établit autour de 58, 1 p. 100 chez les enfants nés à 7 mois, et autour de 31 p. 100 chez les enfants nés à 7 mois et demi (1).

Le néoplasme en soi ne semble d'ailleurs pas avoir d'influence sur la vitalité des enfants issus de souche cancéreuse; Morisani et Ricevuto (2) les considèrent comme des prématurés ordinaires, et, d'ailleurs, lorsqu'on fait la césarienne à terme, on peut avoir des enfants parfaitement constitués et de croissance normale (Piuze, in Grimoud) (3).

Ainsi, en attendant la viabilité du fœtus, on ne sert véritablement les intérêts d'aucuns des éléments en jeu, et poursuivre ce double but semble dangereux à tous égards à cette époque de la grossesse; le retard apporté à l'intervention est illogique, puisqu'il ne donne que de rares survies pour l'enfant, tout en mettant la mère dans de moins bonnes conditions opératoires.

Il semble donc que, *pendant le 6^e et le 7^e mois de la grossesse*, comme au cours des cinq premiers, on est en droit de *sacrifier l'enfant et d'interrompre la grossesse*, si peu étendu que soit le cancer, tout en pratiquant naturellement une césarienne, pour donner au fœtus toutes les chances d'existence possibles.

(1) PÔTEL. — In BAR, BUINDEAU et CHAMBRELENT, I, p. 615.

(2) RICEVUTO. — *Atti della Soc. ital. di ost. e gin.*, t. X.

(3) GRIMOUD. — *Loc. cit.*

IV. — Des indications de l'hystérectomie totale au cours du 8^e mois.

Lorsque la grossesse a atteint le huitième mois, l'enfant est viable dans de bonnes conditions, et il semble donc logique d'adopter, à cette époque, la même ligne de conduite que pendant le neuvième mois, c'est-à-dire la césarienne suivie de l'hystérectomie totale. « Lorsque la grossesse a atteint le huitième mois, écrit Condamin, on ne doit plus avoir d'hésitation; l'enfant est viable et l'opération radicale s'impose après la césarienne ».

Cependant les conditions ne sont pas absolument comparables. L'enfant, il est vrai, a de grosses chances de survie, et, sur 21 cas de césariennes suivies d'hystérectomie au cours du 8^e mois, nous avons trouvé 66,6 p. 100 d'enfants vivants; les résultats sont donc bons, mais, au 9^e mois, la proportion approche de 80 p. 100. Il y a donc un déchet, qui relève uniquement du terme où la gestation a été interrompue. De plus, l'enfant est encore un prématuré, dont le développement peut être compromis; le cas de Bland-Sutton (Obs. 73) où l'enfant mourut en couveuse 14 jours après l'intervention, en est un exemple.

D'un autre côté, la mère se trouve en général dans de très mauvaises conditions opératoires, et dans la moitié des cas, en moyenne, les auteurs signalent, avant l'intervention, des extensions du cancer du côté des paramètres ou de la vessie. Aussi les récidives rapides sont-

elles fréquentes, et nous les avons trouvées signalées dans 28, 5 p. 100 des cas. Le pronostic opératoire est donc si mauvais à cette époque, en général, que l'intérêt de l'enfant devient prédominant; comme ses chances d'existence sont notablement augmentées, nous l'avons vu, si on pratique la césarienne dans le dernier mois de la grossesse, il est logique d'attendre ce terme, quand le cancer du col n'a été découvert qu'au cours du huitième mois de la gestation.

Cependant, dans certaines circonstances, on sera encore en droit de faire passer au premier rang l'intérêt de la mère, et d'intervenir sans aucun délai; c'est lorsque le cancer est manifestement tout au début de son évolution et qu'on le découvre par hasard, au cours d'un examen obstétrical. Ce sont là d'ailleurs des cas peu fréquents, et qui se rapportent sans doute à des tumeurs postérieures à la conception. Nous en avons trouvé quelques exemples; dans le cas de Toth (Obs. 216), il s'agissait d'un adéno-carcinome; chez la malade de Micholitsch (Obs. 69), la lèvre du col était à peine ulcérée, et dans une observation de Freund (Obs. 85), le cancer d'aspect polypoïde, nécessita le microscope pour affirmer sa nature néoplasique.

En présence de lésions si peu étendues, il est rationnel de faire courir quelques risques à l'enfant, pour donner à la mère la presque certitude d'une guérison définitive.

V. — Des indications de l'hystérectomie totale au cours du travail.

Une fois la période de travail commencée, tous les efforts doivent naturellement tendre à sauver l'enfant, et le traitement radical du cancer en lui-même ne peut être envisagé que s'il ne compromet en rien l'existence du fœtus. Heureusement les intérêts de l'enfant et de la mère peuvent aisément se concilier, et c'est en cherchant à donner au premier les plus grandes chances possibles d'existence que l'on mettra la seconde dans les meilleures conditions pour subir l'hystérectomie totale.

Tout d'abord, un premier point est à examiner : doit-on, pour agir au mieux, laisser le travail suivre son évolution, et attendre l'accouchement spontané par les voies naturelles? Il est évident que, dans certains cas, la question ne peut même pas être discutée, et que les circonstances auront résolu la difficulté dans un sens ou dans l'autre. Les premières observations de césariennes suivies d'hystérectomie pour cancer du col en sont une preuve; dans tous ces cas (Obs. 58, 60, 61, 62), l'étendue de l'infiltration néoplasique du col rendait l'accouchement impossible, et la césarienne, pratiquée en temps opportun, permettait seule d'avoir un enfant vivant. Inversement, si le travail est déjà bien avancé, alors qu'on examine la femme pour la première fois, si les membranes sont rompues, si la présentation progresse normalement sous l'effort de contractions utérines suffisantes, l'expectative est évidemment la meilleure con-

duite à tenir, quitte à pratiquer l'hystérectomie totale après l'accouchement.

Mais dans les cas où le travail vient de débiter, et où le cancer n'a atteint qu'une portion limitée du col, l'hésitation semble permise. D'après Bosche (1), l'accouchement se produit le plus souvent, d'une façon tardive mais spontanée, et si les accouchements spontanés chez les cancéreuses sont rares, c'est qu'on ne leur laisse pas le temps de se produire. Queirel (2), dans une publication relativement récente, conseille l'expectation, car une portion du col peut être restée assez souple pour permettre une dilatation suffisante. De fait, le cancer est rarement annulaire, et il n'intéresse presque jamais les deux lèvres du col, dans les cas opérables, tout au moins. De même, pour H. Spencer (3), si le col se dilate, il faut tenter l'accouchement par la voie naturelle, après avoir nettoyé au thermocautère les ulcérations et les fongosités. Oui (4) fait infiniment plus de réserves, et il se borne à conseiller l'expectation seulement « lorsque la dilatation s'effectue assez facilement et sans trop de retard ».

Cependant, pour de nombreuses raisons, il semble plus logique de ne pas attendre la terminaison spontanée de l'accouchement, même si la limitation des lésions paraît annoncer un travail peu laborieux. En effet, l'enfant court des risques au cours de cette expulsion qui sera presque toujours plus longue que normalement, et d'après la statistique de Theilhaber dans

(1) BOSCHE. — Th. Paris, 1896-97.

(2) QUEIREL. — *Rev. prat. d'obs. et de péd.*, 1909, p. 161.

(3) H. SPENCER. — *Journ. obst. gyn. brit. empire*, 1904, décembre.

(4) OUI. — *Loc. cit.*

les cas d'accouchements terminés par forceps ou version, pour défaut de travail, le tiers des enfants succomba. D'autre part, la mère sera affaiblie par les douleurs et les efforts de l'accouchement, et dans un mauvais état général pour subir l'hystérectomie totale qui va suivre, et parfois une déchirure profonde du col ou une rupture utérine viendra compliquer singulièrement la situation.

L'essai de l'accouchement spontané ne semble donc pas légitime, dans ces conditions, et la césarienne résout la difficulté au mieux des intérêts de l'enfant. C'est d'ailleurs la conduite adoptée, sans discussion, par la grande majorité des auteurs. L'intervention devra être faite le plus rapidement possible, car plus tôt on opère, meilleurs sont les résultats, et on ne doit pas attendre des signes de souffrance du fœtus ; sur 12 observations, où le travail a été trop longtemps prolongé, 5 enfants ont été extraits morts par la césarienne, tandis que dans 9 cas où la décision a pu être prise plus rapidement, 1 seul enfant a succombé. L'état général de la mère, les hémorragies abondantes qui l'ont affaiblie durant la grossesse ont forcément retenti sur le fœtus, et celui-ci a plus de chances de succomber *in utero*, si on attend pour pratiquer la césarienne, que dans les conditions ordinaires.

Ainsi la césarienne précoce, au cours du travail, donne les meilleurs résultats pour l'enfant. Mais la mère retire, elle aussi, d'énormes bénéfices de cette rapidité de l'intervention, car les résultats opératoires sont tout à fait différents, selon que l'hystérectomie totale est prati-

quée après une période de travail courte ou prolongée.

Si on considère, en effet, les suites immédiates de l'hystérectomie totale après césarienne, au cours du travail, on trouve une très forte mortalité. Oui donne une mortalité de 62,3 p. 100, et Sabotier 41, 6 p. 100. De récentes interventions ont amélioré ces proportions. Sur 21 cas que nous avons pu rassembler, six fois la femme mourut des suites de l'opération, soit 26, 3 p. 100. A aucune époque de la grossesse, les résultats du traitement radical ne sont aussi mauvais. Mais si, ne s'arrêtant pas à cette statistique globale, on examine, d'après les observations, les conditions dans lesquelles la tumeur fut extirpée, on arrive à séparer les cas en deux classes bien tranchées : ceux où l'hystérectomie totale succéda à une césarienne pratiquée alors que les membranes de l'œuf étaient encore intactes, et ceux où l'on intervint plus tardivement, alors que l'état général de la femme était devenu très mauvais à la suite d'un travail prolongé et de l'infection utérine consécutive.

Quand la césarienne et l'hystérectomie sont faites dès le début du travail, la mortalité immédiate se réduit énormément. Parmi neuf observations, dans lesquelles les membranes sont signalées comme intactes au moment de l'opération, une seule fois (Obs. 81), la malade succomba à la péritonite en quelques jours.

Par contre, lorsqu'une trop longue expectation a permis à l'infection d'envahir les voies génitales, les résultats sont naturellement déplorables. Sur 13 femmes opérées dans ces conditions, 6 moururent dans les jours suivants (Obs. 58, 60, 61, 62, 102 et 106); dans toutes

ces observations, la fièvre, la fétidité du liquide amniotique ou l'état d'affaiblissement de la mère expliquent l'insuccès opératoire.

Et cependant, même dans ces « cas impurs », de pronostic si sombre, l'hystérectomie totale après la césarienne paraît être la seule conduite à adopter, devant un cancer du col opérable. Nous n'avons pas trouvé un seul exemple où l'on ait tenté d'intervenir en deux fois, et où l'on ait pratiqué d'abord la césarienne puis, plus tardivement, l'hystérectomie totale, une fois terminés les accidents infectieux. Ce serait d'ailleurs là une conduite singulièrement aléatoire; entre les deux opérations, la malade déjà affaiblie par la section césarienne, courrait le risque de succomber à l'infection, dont le développement est fatalement rapide sur ce terrain débilité, et le néoplasme continuerait sa marche extensive, rendant son extirpation d'autant plus laborieuse. On s'explique donc que ce soit là une expérience qui n'ait pas été tentée, et l'hystérectomie totale de suite après la césarienne reste, malgré tout, la seule intervention rationnelle au cours du travail, même si l'utérus est infecté. Tout au plus peut-on avec Glockner (1), discuter pour savoir s'il faut, dans ces cas infectés, enlever rapidement l'utérus sans l'ouvrir, mettant ainsi l'intérêt de la mère au premier plan, ou au contraire faire une césarienne qui sauvera plus sûrement l'enfant. Bumm s'arrête à cette deuxième méthode : il ouvre l'utérus, en lavant abondamment le champ opératoire avec du sublimé.

(1) GLOCKNER. — *Zentralb. für Gyn.*, 1902, n° 39, p. 1025.

Mais ce sont là des détails qui ne pourront guère améliorer le pronostic ; ce qui importe, c'est *d'intervenir le plus tôt possible*, et toute attente, même modérée, de l'accouchement par les voies naturelles doit être rejetée, puisque les mauvais cas sont dus au développement de l'infection utéro-vaginale. En agissant ainsi, on fera *une intervention de choix*, dont l'issue sera heureuse pour la mère et pour l'enfant et non *une intervention de nécessité*, compromettant les deux existences, et que seules des circonstances extrinsèques doivent amener à pratiquer, faute de mieux.

Il reste à examiner les suites éloignées du traitement radical du cancer du col au cours du travail. Etant donnée l'époque avancée de la grossesse où la tumeur est extirpée, les lésions sont en général très étendues, et dans bien des cas, si le néoplasme n'est pas véritablement inopérable, son extension doit tout au moins faire formuler de sérieuses réserves, au point de vue des récidives possibles. Dans bien des observations de cancers du col opérées dans ces conditions (Obs. 80, 63, 64) il y avait des propagations relativement éloignées, et l'intervention aurait été franchement abandonnée, s'il s'était agi de grossesses au début de leur évolution. Mais l'extraction de l'enfant par césarienne une fois terminée, la mère se trouve dans la situation d'une femme non enceinte qui a un cancer du col, et l'opération peut alors être tentée, puisque l'enfant ne peut plus influencer directement la décision à prendre : l'opérabilité augmente tout naturellement, une fois résolue la question de l'existence de l'enfant.

VI. — Des indications de l'hystérectomie totale lorsque le fœtus est mort in utero.

Nous n'insisterons pas sur les indications générales de l'hystérectomie totale, dans les cas où l'enfant a succombé. L'intervention s'impose, tout naturellement, et doit être immédiatement pratiquée, puisque la grossesse ne peut plus entrer en considération.

Le plus souvent, d'ailleurs, c'est au cours du travail que le fœtus succombe, et, dans la plupart des observations où l'enfant fut extrait mort, c'est à la suite d'une césarienne trop tardive pratiquée pour le sauver : les cas rapportés par Schröder (Obs. 58 et 60) et par Fochier (Obs. 61) en sont des exemples bien nets.

Parfois, cependant, la mort du fœtus *in utero* a été diagnostiquée avant toute intervention : nous en avons retrouvé 5 cas (Obs. 2, 44, 70, 202, 226) dans lesquels la conduite adoptée par les opérateurs fut différente, suivant les circonstances.

Dans deux observations l'œuf était intact, et la femme n'était pas en travail : la malade de Cholmogorow (Obs. 70) était enceinte de 8 mois; celle de Stocker (Obs. 226), de 6 mois; les circonstances étaient donc comparables, et d'ailleurs l'intervention pratiquée par les opérateurs fut identique : césarienne pour sortir l'enfant et diminuer le volume de l'utérus, puis hystérectomie totale. Peut-être, suivant le conseil de Stone (1), eut-il été pré-

(1) STONE. — *Amer. j. of obst. a. dis. of wom. a. childr.*, 1908, n° 6 Décembre.

férable d'enlever l'utérus fermé, malgré ses dimensions ; mais, à la vérité, la section césarienne est de peu d'importance, quand l'œuf est intact, puisqu'elle incise un utérus non infecté. D'ailleurs, les résultats immédiats furent excellents, et la guérison opératoire suivit l'intervention.

Il n'en fut pas de même dans l'observation publiée par Murphy (Obs. 2) : les membranes étaient intactes, il est vrai, mais le travail durait depuis 4 jours et la femme était épuisée par des hémorragies répétées. Murphy extirpa l'utérus, sans l'ouvrir au préalable, mais la malade succomba en 48 heures, sans signe de péritonite.

Dans deux autres cas (Obs. 44 et 202) relatés par Bumm et par Thorn, l'infection était des plus nette, quoique le travail fut seulement à son début. Bumm extirpa l'utérus fermé par la voie abdominale, et il semble, d'après son observation, que le résultat opératoire fut satisfaisant. Thorn sortit le fœtus par forceps, après césarienne vaginale, mais il y avait de la physométrie utérine, du pus dans le péritoine, et la malade mourut 20 heures après l'hystérectomie vaginale : ce fut donc une opération vraiment d'urgence, bien plutôt dirigée contre la péritonite que contre le cancer du col.

Une indication ressort en tous cas nettement de l'examen de ces différentes observations : en aucun cas, les auteurs n'ont essayé d'extraire l'enfant mort par voix basse, après embryotomie, afin de pratiquer, plus tardivement, l'hystérectomie totale sur un utérus non infecté. Sans doute ont-ils redouté les risques que

font courir à la femme cet accouchement forcé, à travers un col difficilement dilatable. Oui (2), dans les seuls cas où l'extraction du fœtus est précédée d'incision du col, trouve une mortalité maternelle d'environ 50 p. 100, et il proscriit toutes les extractions forcées à travers un col non dilaté ou insuffisamment dilatable. Il semble donc que l'embryotomie, malgré qu'elle réduise le volume de la tête fœtale, doit être comprise dans cette interdiction, et que *l'hystérectomie totale immédiate*, le plus souvent sans césarienne préalable, *soit seule indiquée*, lorsque le fœtus a succombé au cours d'une grossesse compliquée de cancer du col.

VII. — Des indications de l'hystérectomie totale après l'accouchement et au cours des suites de couches.

Il arrive assez fréquemment, d'après les observations publiées, que par suite de circonstances diverses — expectation ou défaut de diagnostic, — l'expulsion du fœtus et du placenta se fasse par les voies naturelles : la question du traitement radical du cancer du col ne doit donc être alors envisagée qu'au cours des suites de couches. D'ailleurs, tous les cas ne sont pas identiques ; assez souvent la grossesse a été interrompue par un avortement spontané ou provoqué selon la méthode d'Olshausen et de Theilhaber ; d'autres fois, elle a été abrégée par un accouchement prématuré ; mais le plus

(2) Oui. — *Loc. cit.*

souvent elle a évolué jusqu'à terme pour se terminer par un accouchement simple ou compliqué de manœuvres obstétricales.

Nous envisagerons plus loin l'influence que peut avoir le moment où la grossesse a cessé d'évoluer sur les résultats éloignés de la cure radicale du cancer du col utérin ; il nous faut d'abord étudier les indications immédiates de l'hystérectomie totale au cours du post-partum.

A cet égard, il ne saurait y avoir d'hésitation, puisque nous n'avons en vue que les tumeurs chirurgicalement opérables : l'extirpation large s'impose, et c'est là une indication nette et primordiale, sur laquelle l'accord est unanime. C'est à peine si OUI, dans son rapport de 1907, relate les cas où Spencer fit l'amputation haute du col ; malgré les succès ainsi obtenus, il rejette cette méthode, et c'est la même conclusion que V. Franqué (1) et Puppel (2) tirent de leurs examens histologiques d'utérus gravides cancéreux.

Mais si le principe de l'opération radicale au cours des suites de couches ne prête pas à discussion, il n'en est plus de même quand on cherche à fixer l'époque du post-partum qui donne à l'hystérectomie totale les plus grandes chances de réussite ; pour les uns, avec Queirel (3), de Ott (4) le moment le plus favorable paraît être un mois environ après l'accouchement, tandis que d'autres, comme Olshausen, opèrent de suite

(1) V. FRANQUÉ. — *Loc. cit.*

(2) PUPPEL. — *Loc. cit.*

(3) QUEIREL. — *Loc. cit.*

(4) DE OTT. — *Sos. d'obs. et de gyn. de St-Petersbourg*, Sept. 1894. Cité par BRIEND.

après l'expulsion du fœtus ou tardivement, selon les circonstances; quant aux thèses de Gailly, de Briend, de Condamin, de Sabotier, le traitement du cancer du col pendant les suites de couches n'y est pas envisagé.

Si on vient à classer les observations où se trouve spécifié le délai écoulé entre la terminaison de la grossesse et l'hystérectomie totale (et ce sont les plus nombreuses), on peut en dégager les faits suivants :

a) Dans 8 cas, l'opération radicale suivit immédiatement, — nous voulons dire dans les 24 heures — l'expulsion du fœtus : une fois, la malade succomba (Obs. 108 de Zweifel), mais ce fut 28 jours après l'intervention, avec un volvulus intestinal vérifié par l'autopsie. Pratiquement donc, la mortalité opératoire est nulle,

b) Dans 11 cas, l'extirpation du néoplasme eut lieu entre le 2^e et le 15^e jour du post-partum; une malade (Obs. 251) succomba des suites de l'intervention, avec des signes de septicémie et sans avoir présenté, auparavant, aucun accident infectieux. La mortalité immédiate s'établit donc ici autour de 9 p. 100, et, si nous ne considérons que les cas où l'accouchement eut lieu à terme, elle monte à 16,6 p. 100.

c) Enfin 17 observations indiquent que l'hystérectomie totale fut pratiquée après le quinzième jour des suites de couches; une opérée (Obs. 112) mourut d'hémorragie, mais deux autres (Obs. 122 et 246) succombèrent, deux jours après l'intervention avec une température élevée et des signes d'infection généralisée; la mortalité s'établit donc aux environs de 11 p. 100.

Le traitement radical semble donc donner les meilleurs

résultats quand il suit de très près l'accouchement, et cette différence marquée à cette époque s'explique facilement si l'on envisage l'état des voies génitales, c'est-à-dire le terrain sur lequel on opère, chez les cancéreuses au cours des suites de couches.

En effet, à l'état normal, les voies génitales inférieures hébergent de très nombreux microbes, qui y vivent à l'état saprophytique; le vagin renferme surtout des microbes aérobies staphylocoques, streptocoques, colibacilles. Par contre, la flore microbienne est très pauvre, normalement, au niveau du col utérin. Mais, quand celui-ci est le siège d'une tumeur cancéreuse, les microbes pathogènes l'envahissent, déterminant au niveau des ulcérations ou des bourgeons néoplasiques de multiples foyers actifs d'infection secondaire.

Ainsi, en dehors de l'état de grossesse, il existe au niveau du cancer et dans le vagin une zone d'infection limitée, et que les gynécologues ont cherché à isoler en pratiquant l'hystérectomie totale dite « en vase clos », comme nous le verrons plus loin.

Mais pendant les suites de couches, les conditions ne sont plus les mêmes. Le coefficient puerpéral, qui n'est autre que « la résultante des conditions propres à la grossesse et à l'accouchement » [P. Bar et C. Jeannin (1)] intervient, pour mettre la nouvelle accouchée en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection. Cet état de réceptivité sera naturellement augmenté chez les cancéreuses, ayant subi un travail long et pénible, et que des hémorragies antérieures ou au moment de l'ac-

(1) P. BAR et C. JEANNIN. — *In Pratique de l'art des accouch.* T. I p. 475.

couchement ont encore déprimées davantage. Les modifications du col au moment de l'accouchement ouvrent de nouvelles voies aux germes infectieux; on sait la fréquence des déchirures, au cours de ces dilatations difficiles, et bien souvent une extraction au forceps ou une basiotripsie terminent l'accouchement, multipliant ainsi les chances d'infection.

Enfin, l'utérus fatigué par un long travail, expulsera mal les caillots contenus dans son intérieur et qui se putréfieront ainsi facilement.

Ainsi, chez la cancéreuse récemment accouchée, l'infection, latente normalement, ne va pas rester localisée. Du fait de l'accouchement, d'une part, du fait du cancer du col qui multiplie les germes, d'autre part, l'infection a toutes chances d'envahir l'utérus et les lymphatiques péri-utérins, largement distendus. Les accidents infectieux sont d'ailleurs rarement aigus, et nous ne les trouvons signalés que deux fois (Obs. 113 et 256) à la suite d'accouchements à terme, parmi les observations que nous avons réunies; il ne s'agit donc pas d'une infection puerpérale au sens clinique du terme; mais l'envahissement des voies génitales par les germes infectieux, leur multiplication possible dans les paramètres et le tissu cellulaire pelvien par les voies lymphatiques, rend évidemment dangereuse l'hystérectomie totale dans ces conditions nouvelles, puisqu'elle amène à disséquer et à dilacérer des tissus dont les germes sont momentanément plus virulents que d'ordinaire.

Aussi, comme nous l'ont montré les observations,

l'ablation radicale du col cancéreux doit être faite *aussitôt qu'il sera possible après l'expulsion du fœtus*. Si l'état général de la malade empêche d'intervenir aussi rapidement, il semble préférable *d'attendre largement la fin du post-partum pour opérer*, car ce sont les hystérectomies faites entre le 2^e et le 30^e jour des suites de couches qui donnent la mortalité opératoire la plus élevée.

Mais il est encore une autre considération qui plaide en faveur de l'intervention immédiate. Le cancer du col de l'utérus garde, en effet, pendant le post-partum, la marche rapide et extensive qu'il affecte au cours de la gestation. Son évolution deviendrait même plus rapide après l'accouchement, d'après Grimoud (1) et cette malignité peut s'expliquer, d'après Bar (2), par les traumatismes subis, pendant l'accouchement, par les tissus dégénérés et par les modifications qui se produisent dans le muscle utérin pendant l'involution utérine.

De fait, les récurrences rapides sont très fréquemment signalées lorsque l'hystérectomie totale a été pratiquée après le 15^e jour, du post-partum; sur 16 cas, il y eut 7 fois récurrence, soit 43, 7 p. 100, tandis que dans les 8 observations où le traitement radical suivit de près l'accouchement, la répullulation cancéreuse n'est notée que dans 2 cas, soit 25 p. 100.

Enfin il est de toute évidence que les résultats éloignés de l'hystérectomie totale après l'accouchement sont d'autant meilleurs que la grossesse est interrompue plus

(1) GRIMOUD. — *Arch. méd. de Toulouse*, 1907, 15 septembre.

(2) BAR. — Th. d'agrégation.

tôt dans son évolution, puisque par là même, le traitement est d'autant plus précoce. Sur 13 malades dont la grossesse n'atteint pas le neuvième mois, 6, soit 46 p. 100 sont signalées en bon état deux ans après la cure radicale, et 3, soit 23 p. 100, quatre ans après ; les résultats de l'hystérectomie totale après l'avortement ou l'accouchement prématuré semblent donc particulièrement satisfaisants.

LES MÉTHODES OPÉRATOIRES

Les voies d'abord utilisées pour extirper un cancer du col de l'utérus, sont au nombre de trois :

1° *Voie basse*, dans laquelle on aborde l'utérus par le vagin, que l'opération soit une hystérectomie vaginale simple, ou une extirpation vaginale élargie, selon le procédé plus récent décrit par Schuchardt et Schauta.

2° *Voie haute*, par hystérectomie abdominale simple, ou élargie, d'après la technique de Wertheim.

3° *Voie mixte ou vagino-abdominale*, qui participe des deux méthodes précédentes, et dans laquelle, au premier temps de libération vaginale succède l'extirpation de l'utérus et du vagin par laparotomie.

Ces différents procédés d'hystérectomie totale ont été utilisés dans la cure radicale du cancer du col utérin, au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Nous n'avons pas à en reproduire ici les différentes techniques, maintes fois publiées et précisées par des opérateurs autorisés; nous signalerons seulement les particularités opératoires que ces auteurs ont rencon-

trées au cours des hystérectomies totales pratiquées chez les femmes enceintes ou récemment accouchées.

Nous plaçant à un point de vue plus général, nous essaierons seulement de montrer les avantages et les inconvénients des différentes méthodes d'extirpation du néoplasme, leurs résultats immédiats et éloignés, ainsi que les difficultés particulières que certains procédés peuvent rencontrer au cours de la grossesse, afin de préciser l'état d'esprit actuel, qui fait adopter telle technique opératoire et rejeter telle autre.

I. — Hystérectomies totales par voie basse.

I. — Hystérectomie vaginale.

La voie vaginale fut pendant longtemps, comme nous l'avons déjà vu, la voie employée par presque tous les chirurgiens dans les cas de cancer du col utérin : de nombreux opérateurs la pratiquèrent naturellement au cours de la grossesse et de la puerpéralité ; parmi eux, Olshausen (1), Zweifel, Winter, Fritsch (2), en Allemagne, Condamin (3) en France, s'en firent les ardents défenseurs.

Les avantages de cette méthode ne sont pas niables.

L'hystérectomie vaginale est une opération courte et dans laquelle, par conséquent, le shock opératoire est peu accusé. Cette brièveté de l'intervention ressort encore plus, lorsqu'on la pratique au cours de la grossesse ou du post-partum. En effet, l'assouplissement de

(1) OLSHAUSEN. — *Zentral. f. gyn.* 1897, n° 10.

(2) FRITSCH. — *Zentral. f. gyn.* 1898, n° 10.

(3) CONDAMIN. — Thèse de Lyon, 1903-04.

la vulve et du vagin, l'allongement des ligaments utérins au cours de la gestation facilitent énormément l'extirpation vaginale, et permettent une descente facile de l'utérus (Condamin); d'autre part, les adhérences entre la vessie et l'utérus deviennent insignifiantes, et, d'après Demelin (1) on peut chez la femme enceinte éloigner la vessie du col de l'utérus d'un centimètre, sans aucune dilacération de tissus : le premier temps de l'intervention est ainsi singulièrement facilité.

Le second avantage de l'hystérectomie vaginale est d'être une opération presque extrapéritonéale, qui évite l'incision du péritoine abdominal et le traumatisme intestinal, inhérent à toute laparotomie.

Ces particularités expliquent les nombreux succès immédiats de cette méthode, succès qui lui valurent la faveur dont elle a joui si longtemps; la mortalité opératoire oscille autour de 8 p. 100 (Congrès de Rome, 1902), de 5 p. 100 [Bouvier (2)], de 4, 9 p. 100 [Aulhorn (3)] pour les interventions pratiquées hors de la grossesse.

Pendant la gestation, le taux de la mortalité est assez variable, suivant les auteurs, sans toutefois être bien élevé; cette variabilité provient sans doute de la façon dont sont établies les statistiques, l'âge de la grossesse, la nécessité ou non d'une césarienne préalable modifiant énormément, comme nous l'avons vu, les résultats immédiats de l'intervention. Bechmann (4) signale

(1) DEMELIN. — Thèse de Paris, 1887-88.

(2) BOUVIER. — Thèse de Lyon, 1904-05.

(3) AULHORN. — *Arch. f. gyn.* 1910. p. 231.

(4) BECHMANN. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* 1896, t. XXIV.

17 cas, avec 17 guérisons opératoires ; de même, Kreps (1) rapportant la statistique d'Olshausen, ne signale pas de morts sur 25 interventions. Par contre, Orthmann (2), sur 30 cas, trouve 16, 6 p. 100 de mortalité, et Grimoud (3), résumant les statistiques de nombreux opérateurs allemands, trouve globalement 7, 3 p. 100. D'après les observations que nous avons réunies, sur 55 cas d'hystérectomies vaginales pratiquées *au cours de la grossesse et sans césarienne préalable*, la mortalité opératoire est de 5, 4 p. 100. En moyenne, donc, l'intervention reste peu meurtrière, aussi bien dans les conditions communes que pendant la grossesse.

Mais l'hystérectomie vaginale offre de sérieux inconvénients, auxquels elle doit d'être abandonnée à peu près complètement actuellement, inconvénients qui se multiplient encore quand on veut la pratiquer chez la femme enceinte.

Le défaut capital de cette intervention est de ne faire qu'une exérèse étroite du cancer du col ; non seulement elle ne permet aucune ablation des ganglions pelviens, mais encore elle n'enlève pas le tissu péri-cervico-vaginal, le paramètre que l'infiltration cancéreuse gagne si rapidement.

Aussi, de l'avis même de ses partisans, les cas auxquels s'adresse l'hystérectomie vaginale sont-ils forcément limités. Pour Potherat (4), si le cancer atteint les limites du vagin à son insertion sur le col, l'opération

(1) KREPS. — Thèse de Berlin 1905.

(2) ORTHMANN. — *Monatsh. f. geb. u. gyn.*, Bd. 18, H. 5. p. 718.

(3) GRIMOUD. — *Arch. médic. de Toulouse*, 1907, 15 septembre.

(4) POTHERAT. — Thèse de Paris, 1910-11.

est déjà discutable; si le vagin est nettement envahi, elle est contre-indiquée; de même, d'après Condamin (1) lorsque le paramètre ou le tissu cellulaire qui sépare la vessie de l'utérus sont envahis, le cas n'est plus justifiable de la seule hystérectomie vaginale; Aulhorn, d'après une statistique de Glockner, ne trouve que 26, 6 p. 100 d'opérabilité.

Cette limitation des indications opératoires se retrouve dans toutes les observations d'hystérectomies vaginales pratiquées au cours de la grossesse où l'étendue des lésions soit spécifiée : le cancer, à forme papillaire en général, est le plus souvent limité au museau de tanche; nous n'avons noté que 20 p. 100 des cas où un envahissement soit du vagin, soit du paramètre est signalé; nous verrons que les cancers du col opérés par voie abdominale sont, en moyenne, bien plus étendus.

Enfin, les suites éloignées de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col utérin ne donnent pas de résultats encourageants. Bouilly (2) partisan de la voie basse, dit que chez les femmes jeunes, les résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale sont absolument mauvais; la récurrence est presque immédiate; *au cours de la grossesse et de l'accouchement*, le pronostic est aussi sombre. De fait, sur 71 cas d'extirpations vaginales d'utérus gravidés réunies dans sa thèse, Condamin trouve 39 cas de récurrences rapides, soit 54, 9 p. 100; d'après Oui (3), il n'y a que 8,82 p. 100 des cas qui restent guéris plus

(1) CONDAMIN. — *Loc. cit.*

(2) BOUILLY. — Cité par AUCLAIR. — Th. de Paris, 1899-1900.

(3) OUI. — *Loc. cit.*

de 4 ans. Sur les 55 cas que nous avons rassemblés d'opérations analogues *pratiquées au cours des six premiers mois*, 18 fois la récurrence survint en moins de 2 ans = 31,8 p. 100, et pour 25 hystérectomies vaginales faites pendant les suites de couches, 32 p. 100 des opérées récidivèrent en moins d'un an. Ainsi, tout en s'adressant presque uniquement à de bons cas, la voie vaginale ne donne que des chances très réduites de guérison durable.

On comprend que, dans ces conditions, l'hystérectomie vaginale ait peu à peu perdu sa place dans le traitement du cancer du col utérin, et, lors d'une discussion à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, en 1904, il n'y eut que Segond et Richelot pour défendre cette méthode. Pour J. L. Faure l'hystérectomie vaginale ne peut se discuter que dans les cas de cancers du col au début, chez les femmes obèses ou épuisées : c'est là une indication exceptionnelle.

Mais, au cours de la grossesse, la voie vaginale offre un autre inconvénient, qui ne se retrouve pas dans les conditions communes.

Dès que l'utérus a acquis un certain volume, il devient, en effet, impossible de l'extirper par la filière génitale. Condamin fait, il est vrai, remarquer à ce propos, que chez la femme enceinte le tissu utérin, ramolli, se réduit facilement de volume ; néanmoins, les cas de Olshausen (Obs. 134 et 148), de Pfannenstiel (Obs. 155), de Winter (Obs. 157), dans lesquels ces opérateurs purent extraire des utérus gravides de 5 et 6 mois

sans les vider auparavant, sont des exceptions, et, d'une façon générale, l'hystérectomie vaginale, sans mutilation utérine préalable, n'est possible que jusqu'au 3^e ou 4^e mois de la grossesse (Olshausen, Acconci (1); au delà de cette époque, l'intervention se complique de manœuvres surajoutées pour réduire l'utérus de volume, qu'on ait recours, dans ce but à l'hystérectomie abdomino-vaginale ou à la césarienne vaginale.

Nous ne ferons que rappeler la méthode abdomino-vaginale, préconisée par Zweifel (2) et Fehling (3). Les cas publiés en sont peu nombreux (onze en tout), et offrent peu d'intérêt par cela même. Au point de vue de la cure radicale du cancer utérin, on doit les ranger parmi les hystérectomies vaginales, puisque la laparotomie n'intervient que pour extraire la portion sus-vaginale de l'utérus, avec ou sans section césarienne préalable; le temps principal reste toujours l'extirpation du moignon cervical par le vagin, et l'exérèse reste aussi étroite.

La mortalité s'établit, d'après les cas publiés, autour de 9 p. 100, tandis que les récidives rapides surviennent dans 36 p. 100 des cas.

La césarienne vaginale, dont Dührssen (4) et Acconci (5) se disputèrent la paternité, a le gros avantage d'extraire l'enfant, vivant ou viable, par la même voie qu'on emploie pour extirper l'utérus cancéreux;

(1) ACCONCI. — *Zentral. f. gyn.* 1900, n° 27.

(2) ZWEIFEL. — *Zentral. f. gyn.*, 1889, n° 12.

(3) FEHLING. — *Monatsch. f. geb. u. Gyn.*, II, p. 345.

(4) DÜHRSEN. — *Zentral. f. gyn.*, 1897, n° 30, p. 943.

(5) ACCONCI. — *Atti della Soc. it. de ost. e gin.*, 1898, p. 167.

elle n'est, en quelque sorte, que le premier temps de l'hystérectomie vaginale qui va suivre, et les deux interventions se succèdent, sans aucune interruption dans l'acte opératoire.

Mais ce procédé n'est pas cependant sans présenter de sérieux inconvénients et sans faire courir de nombreux dangers, tant à la mère qu'à l'enfant. Pour Féhling (1), les manœuvres obstétricales, forceps ou version, exécutées pour extraire l'enfant, dans un col cancéreux, peuvent facilement répandre l'infection dans les tissus voisins; R. Condamin (2), quoique partisan de la voie basse, trouve la césarienne vaginale dangereuse, par les déchirures de la vessie et du périnée qu'elle peut entraîner, et lui préfère la voie haute, dès que l'enfant est un peu gros. De fait, dans 2 de nos observations (n^{os} 74 et 76), l'accouchement selon le procédé de Dührssen fut impossible, et les opérateurs durent recourir à la césarienne abdominale.

D'ailleurs, les statistiques ne semblent pas être en faveur de la césarienne vaginale, dans les cas de cancer du col de l'utérus. Weber (3) trouve en 1902 une mortalité maternelle de 14,2 p. 100; il semble cependant que depuis cette époque, les résultats se sont améliorés; d'après les cas que nous avons réunis, la mortalité opératoire tombe à 8 p. 100, sur 59 cas, et la césarienne selon Dührssen ne paraît donc pas aggraver énormément le pronostic de l'hystérectomie vaginale, au point de vue maternel.

(1) FEHLING. — In. KREPS. — Thèse de Berlin, 1905.

(2) R. CONDAMIN — *La Semaine gynécol.*, 1905, juin, p. 177.

(3) WEBER. — *Zentral. f. gyn.*, 1902, n^o 48, p. 1295.

Mais il n'en n'est plus de même, si l'on envisage les résultats, au point de vue de la survie des enfants. En étudiant de près les observations, on constate que, le plus souvent, l'intervention a été pratiquée dans de bonnes conditions, c'est-à-dire au cours des deux derniers mois de la grossesse ou tout au début du travail; trois fois seulement, nous avons trouvé signalée la rupture des membranes. Malgré ces facteurs de réussite, la mortalité foetale est assez élevée; Weber donne 35 p. 100; d'après nos observations, elle serait de 31, 5 p. 100, plus élevée, nous le verrons, que celle de la césarienne abdominale.

En résumé, l'hystérectomie vaginale n'apparaît pas comme une opération satisfaisante dans le traitement du cancer du col utérin, au cours de la grossesse ou des suites de couches. En elle-même, elle ne permet pas une ablation assez large des tissus malades, et, si ses suites immédiates sont satisfaisantes, la durée de la guérison est en général limitée. Enfin, au cours de la deuxième moitié de la grossesse, elle entraîne à une mutilation de l'utérus et à un accouchement forcé qui diminue notablement les chances d'existence de l'enfant.

Pour ces multiples raisons, *l'hystérectomie vaginale semble devoir être rejetée des méthodes opératoires.*

II. — Hystérectomie vaginale élargie (opération de Schuchardt-Schauta).

Nous n'avons trouvé qu'une seule observation, celle de Schröder, en 1902, n° 210, où fut mentionnée l'incision para-vaginale de Schuchardt; il s'agissait d'une gros-

sesse de 6 mois; l'opération eut lieu sans incidents, mais l'auteur ne donne aucun renseignement sur les suites éloignées de l'intervention.

D'ailleurs l'élargissement du champ opératoire par l'incision para-vaginale ne semble pas permettre l'extirpation d'utérus d'un volume sensiblement plus gros que par la voie vaginale simple, et, d'après Ehrenpreis (1), « on préférera la laparotomie en présence d'un utérus manifestement trop volumineux pour passer par la filière génitale ». Ce procédé ne recule donc guère l'époque de la grossesse où la césarienne vaginale, avec tous ses inconvénients, devient indispensable et d'ailleurs Schröder l'avait pratiquée, dans le cas qu'il rapporte,

Cependant l'opération de Schuchardt et Schanta peut être heureusement substituée à l'hystérectomie vaginale simple, dans les quelques cas où celle-ci est indiquée; d'après les conclusions d'Ehrenpreis, la vaginale élargie permet en effet, « une exérèse aussi large que l'opération de Wertheim, sauf en ce qui concerne les ganglions; elle est moins meurtrière que l'hystérectomie abdominale, et, d'après les statistiques, donnerait un pourcentage de guérisons durables à peu près aussi élevé que cette dernière. »

II. — Hystérectomie totale par voie haute. (Opération de Wertheim).

Lors des premières hystérectomies totales pratiquées pour cancer du col de l'utérus, aussi bien dans les con-

(1) EHRENPREIS. — Thèse de Paris 1909-10.

ditions communes qu'au cours de la grossesse, les opérateurs extirpaient seulement l'utérus et ses annexes, sans chercher à enlever du même coup les tissus péri-utérins que l'infiltration néoplasique avait envahis. Peu à peu la nécessité d'une intervention plus large s'imposa, et Wertheim posa les règles de « l'hystérectomie abdominale élargie ». C'est cette opération, avec des modifications de détail, qui est actuellement pratiquée par tous les partisans de la voie haute; c'est celle que nous aurons uniquement en vue, négligeant les opérations de Freund qui n'ont qu'un intérêt rétrospectif, et ne peuvent entrer en ligne de compte pour établir la valeur de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer du col utérin au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

L'opération de Wertheim a le grand mérite d'être une intervention logique, qui s'appuie, pour diriger son exérèse, sur la connaissance des propagations du cancer du col de l'utérus, et c'est sans doute la solidité des principes sur lesquels elle repose qui a poussé les chirurgiens à persévérer dans sa pratique, malgré les fortes mortalités que révélèrent les statistiques du début. Dans l'hystérectomie abdominale totale, sans libération suffisante des urètres et sans ablation du tiers ou de la moitié supérieure du vagin, on fait une opération anatomiquement insuffisante, tandis que l'opération de Wertheim, ou de Wertheim-Bumm est une *colpo-hystérectomie abdominale élargie*, avec ablation de la plus grande quantité possible du tissu cellulaire juxta-cervico-vaginal, et, secondairement, extirpation des ganglions

pelviens [Lecène (1)]. Or, l'extirpation méthodique des paramètres, du vagin et des ganglions suspects constitue une supériorité manifeste, puisque les recherches de nombreux auteurs ont montré que ces tissus sont, dans la plupart des cas, envahis par le cancer. En effet :

1° D'après Kundrat (2), le paramètre est très fréquemment infiltré, dans 55 à 60 p. 100 des cas environ; parfois il était souple à l'examen clinique, il paraît sain, la pièce une fois enlevée, et cependant le microscope le montre cancéreux. Wertheim (3) trouve la même proportion. En général, on rencontre, dans le tissu cellulaire, des ganglions lymphatiques intermédiaires, petits, isolés, plus ou moins nombreux [(Krømer (4)], qui se trouvent extirpés en même temps que le tissu environnant.

2° L'exérèse d'une portion du vagin est aussi justifiée dans la cure radicale du cancer du col utérin. Le vagin peut être sain en apparence, alors que son tissu sous-muqueux est déjà infiltré et Scheib (5) insiste sur les métastases cancéreuses précoces avec intégrité parfaite de la muqueuse vaginale. La fréquence des récidives au niveau de la cicatrice vaginale [Winter (6)] est la démonstration pratique de cette infiltration vaginale par le cancer; aussi Pollosson conseille-t-il dans les cas où le cancer descend trop bas, de ne pas mettre sur le vagin de pinces coudées qui font alors perdre du terrain, mais

(1) LECÈNE. — *Journ. de chir.* 1910, janvier.

(2) KUNDRAT. — *Arch. f. gyn.*, LXIX, 2, p. 355.

(3) WERTHEIM. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1903, n° 4, p. 105.

(4) KRØMER. — *Arch. f. gyn.*, LXXIII, p. 57.

(5) SCHEIB. — *Arch. f. gyn.* t. 87, 1908.

(6) WINTER. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* t. 27, fasc. 1.

d'ouvrir le canal génital le plus bas possible, en introduisant de suite par l'ouverture une mèche pour couvrir la section.

3° Il reste à examiner si l'ablation des ganglions pelviens, que seule l'hystérectomie après laparotomie peut réaliser, constitue aussi pour cette intervention, une marque de supériorité.

Primitivement, avec Mackenrodt, Clark, Veit, on considérait que les ganglions étaient toujours atteints dans le cancer du col utérin, même avec des paramètres et un vagin sains. On est actuellement revenu de cette opinion trop absolue. D'après Winter, en effet, la cancérisation des ganglions est tardive, et ne se fait qu'après l'infiltration du paramètre. Peiser (1) décrit même des étapes, peut-être un peu trop schématiques, dans cet envahissement du système lymphatique.

En tous cas, les paramètres peuvent être infiltrés, alors que les ganglions sont sains, au point de vue microscopique. Schauta, se basant sur des recherches cadavériques extrêmement nombreuses, trouve qu'il y a adénopathie cancéreuse dans 50 p. 100 seulement des cas où le paramètre est envahi.

Wertheim (2) étudiant 140 pièces provenant d'interventions, *donc de cas opérables*, trouve que les ganglions sont infiltrés à l'examen microscopique dans 35 p. 100 des cas; quand ils sont cancéreux, ils sont hypertrophiés, mais ils peuvent être augmentés de volume sans être cancéreux, qu'ils soient le siège d'in-

(1) PEISER. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, t. XXXIX.

(2) WERTHEIM. — *Loc. cit.*

fections secondaires ou d'une hypertrophie fonctionnelle para-cancéreuse.

Pratiquement donc, si l'on trouve de gros ganglions, on doit les enlever, avec le tissu cellulaire qui les entoure (Hartmann), mais sans faire un évidement complet du pelvis qui nécessiterait des dissections trop étendues et trop graves : les évidements doivent toujours rester partiels et limités (Pollosson).

Ainsi les principes qui guident la technique de l'opération de Wertheim se trouvent pleinement justifiés par l'analyse des extensions du cancer du col utérin, envisagées au point de vue histologique. L'exérèse large doit donc être pratiquée *systématiquement*, et dans tous les cas, il faut suivre les uretères pour enlever tout le tissu cellulaire des paramètres, pratiquer l'ablation des ganglions que le doigt aura sentis hypertrophiés le long des vaisseaux iliaques externes et hypogastriques, et réséquer le vagin aussi bas que possible.

Or, cette intervention, aussi largement comprise, avec une poursuite aussi étendue des tissus malades, est parfaitement possible au cours de la grossesse, de l'avis de tous ceux qui ont extirpé des utérus gravides. Cette facilité de la technique pendant la gestation avait d'ailleurs frappé depuis longtemps les opérateurs, puisque Ernst (1), inspiré par son maître Freund, soutint en 1882 que l'extirpation de l'utérus gravide présente moins de dangers que celle d'un utérus vide.

En effet, le ramollissement des tissus de la zone génitale, dû à la gravidité, facilite beaucoup les divers temps

(1) ERNST. — Th. de Strasbourg, 1882.

de l'opération. Grâce à la plasticité du vagin, le poids de l'utérus gravide entraîne le col loin du plancher pelvien, dès que la malade est en position inclinée, rendant d'autant plus aisés le décollement de la vessie et la libération de la portion terminale des uretères [J.-L. Faure (1)]. De même, la recherche des uretères est simplifiée, puisque les deux feuillets du ligament large sont écartés par le volume de l'utérus, et leur dissection se fait à merveille, à cause de la laxité du tissu cellulaire de la région.

Enfin, l'augmentation de la vascularisation du territoire utérin, au cours de la grossesse, ne paraît pas devoir causer de grosses difficultés opératoires. Varnier et Delbet (2), Vautrin et Schül (3) s'accordent pour dire que le pincement et la ligature des pédicules vasculaires ne sont pas plus difficiles que dans les cas ordinaires. J.-L. Faure ajoute qu'en pratiquant la ligature de l'utérine, on se rend compte que cette artère « n'a pas le calibre qu'on s'attendait à lui reconnaître pendant la grossesse... et sa section, même avant tout pincement, n'a rien qui soit de nature à effrayer un opérateur qui a quelque habitude de la chirurgie pelvienne ». Il semble d'ailleurs, d'après les radiographies d'utérus gravides avec vaisseaux injectés, que les utérines elles-mêmes ne sont guère hypertrophiées, et que ce sont surtout les subdivisions de ces artères qui sont volumineuses, plus que les troncs dont elles proviennent [Jac-

(1) J. L. FAURE. — *Arch. mens. d'obs. et de gyn.* 1912, avril.

(2) VARNIER et DELBET. — *Annales de gyn. et d'obstétr.*, 1887.

(3) VAUTRIN et SCHUL. — *Obstétrique*, 1899, mars.

quemier (1)]. Nous verrons d'ailleurs que les hémorragies sont rarement signalées dans les observations.

Ainsi la grossesse n'apporte aucune difficulté nouvelle à la technique de l'hystérectomie selon Wertheim, mais bien au contraire, elle facilite l'intervention, la rendant par là même plus courte et mieux supportée par les malades : c'est l'opinion soutenue par Pollosson. (Obs. 28), Franqué (2), Wertheim (3) et J.-L. Faure (4).

Cette question préjudicielle étant tranchée, il nous reste à examiner si cette exérèse minutieuse de tous les tissus malades ne compromet pas le succès immédiat de l'opération, et si, aux inconvénients inévitables qu'elle entraîne, on peut opposer des avantages suffisants pour la faire adopter dans la cure radicale du cancer du col utérin, pendant la grossesse ou les suites de couches. Le taux élevé de la mortalité opératoire a été, pendant longtemps, la grosse infériorité de l'opération de Wertheim. Wertheim (5), dans une première série de 120 cas, trouve 27 morts opératoires, soit 22,5 p. 100; de même Bumm (6) trouve 17 p. 100 de mortalité immédiate; pour lui, le danger de l'opération réside dans le shock, car l'intervention est longue, délicate et difficile et dans l'infection qui éclate facilement au niveau des larges surfaces cruentées dues à l'ablation des paramètres.

Mais, depuis ces dernières années, grâce à l'emploi

(1) JACQUEMIER. — Cité in *Prat. de l'art. des acc.*, t. I, p. 75.

(2) FRANQUÉ. — *Zentral. f. gyn.*, 1906, n° 5, p. 157.

(3) WERTHEIM. — *Zentral. f. gyn.*, id.

(4) J. L. FAURE. — *Loc. cit.*

(5) WERTHEIM. — *Zentral f. gyn.*, 1903, n° 6, p. 175.

(6) BUMM. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, LV.

d'une technique minutieusement réglée qui abrège la durée de l'opération, grâce à l'attention toute particulière donnée à l'hémostase et à la péritonisation des délabrements pelviens, Wertheim (1) voit sa mortalité immédiate s'abaisser à 7,5 p. 100; de même, les résultats de J.-L. Faure (2) passent de 60 à 14 p. 100 de morts, ceux de Pollosson (3) arrivent à 8,5 p. 100.

Cette amélioration des résultats immédiats de l'opération de Wertheim se retrouve dans les cas où elle a été pratiquée au cours de la grossesse. La statistique de Briend (4) donne une mortalité égale à 23 p. 100, celle de Sarwey (5) indique une proportion de 12, 5 p. 100; Oui (6) donne une proportion de 14,8 p. 100, en réunissant dans ce total les hystérectomies abdominales précédées — ou non — de césarienne.

Il semble qu'il est préférable d'envisager uniquement les cas où l'opération a été pratiquée *au cours de la grossesse, avant tout début de travail*, pour se rendre compte de sa valeur curatrice chez la femme enceinte, et pouvoir la comparer à l'hystérectomie vaginale faite dans les mêmes conditions.

Pour 56 cas opérés dans ces conditions, la mortalité *globale* serait, d'après les observations que nous avons rassemblées, de 16 p. 100. Mais si on range les interventions d'après leurs dates d'exécution, on constate que, avant 1900, la mortalité opératoire est de 18,7 p. 100 pour

(1) WERTHEIM. — *Loc. cit.*

(2) J. L. FAURE. — *Soc. chir. Paris.*, 1908. nov., p. 946.

(3) POLLOSSON. — In. HARTMANN. — *Ann. gyn. et obs.* 1909.

(4) BRIEND. — *Loc. cit.*

(5) SARWEY. — In. *Veit's Handb. der gyn.* III, 2, 1908.

(6) OUI. — *Loc. cit.*

16 cas, tandis qu'elle s'abaisse à 11,8 p. 100, de 1900 à 1906, et qu'enfin dans une dernière période, de 1906 à 1912, elle n'est plus que de 8,6 p. 100, alors que le nombre des opérations a au contraire augmenté (23 cas).

Il n'y a donc qu'une très légère différence entre la gravité immédiate de l'hystérectomie vaginale et celle de l'opération de Wertheim, pratiquées au cours de la grossesse.

De plus, tous les auteurs insistent sur la grande opérabilité qu'entraîne l'hystérectomie abdominale élargie. La rareté du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse ne permet que difficilement d'établir une proportion exacte des cas opérables et inopérables; mais la simple lecture des observations où fut pratiquée l'opération de Wertheim montre qu'en moyenne les lésions étaient bien plus étendues que chez les malades où l'on intervint par voie basse; parfois même (Obs. 42, 47, 95) le cancer, était presque inopérable.

Et cependant, malgré la fréquence des extensions cancéreuses aux tissus voisins, les survies de durée moyenne données par l'hystérectomie abdominale totale sont nettement plus longues que celles qui succèdent à la vaginale; alors que, pour cette dernière, nous avons vu la récurrence rapide survenir dans 31,8 p. 100 des cas, elle n'apparaît plus que 19 fois sur 100, dans les cas opérés par voie haute.

Nous laissons de côté dans cette évaluation les hystérectomies abdominales pratiquées pendant les suites de couches, car, sur 14 cas que nous avons trouvé, 8 fois, c'est-à-dire dans 66 p. 100, il n'est donné aucun rensei-

gnement sur la durée de la survie. La statistique serait donc sans aucune valeur.

Quant aux résultats éloignés, ils sont très difficiles à établir, étant donné le peu d'observations où l'état de l'opérée est signalée plusieurs années après l'intervention (Obs. 10, 12, 30, 31, 32, 33 et 39); mais on est en droit d'attendre, de l'opération de Wertheim dans le traitement du cancer du col de l'utérus gravide les mêmes résultats que ceux qu'elle donne hors la grossesse; or, Mackenrodt et Brunet (1) donne 47 p. 100 de guérisons au delà de 4 ans, et Wertheim (2) 58,6 p. 100 de non-récidives au bout de 5 ans; ce sont donc là des résultats excessivement encourageants.

Enfin, si les blessures des organes voisins sont plus fréquemment signalées dans les observations d'hystérectomies abdominales que dans les vaginales, ces incidents opératoires ne paraissent pas entraîner de conséquences immédiates malheureuses.

Ce sont les lésions urétérales qui sont les plus nombreuses, dues tantôt à une ligature malheureuse englobant le conduit urinaire au cours de l'intervention (Obs. 59), tantôt à une rupture ou à une section opératoires (Obs. 16 et 95). Mais le plus souvent, il y a seulement une fistule urétérale secondaire, par nécrose consécutive à une dénudation trop minutieuse du conduit, et la guérison survient spontanément dans 70 p. 100 des cas (Hartmann).

Dans 3 cas Obs. 28, 47 et 117), l'extension du cancer

(1) MACKENRODT et BRUNET. — *Zentral. f. gyn.* 1905, n° 18, p. 553.

(2) WERTHEIM. — *Congrès de la Soc. all. de gyn.* 1907, p. 714.

obligea à faire une résection urétérale partielle, avec abouchement à la vessie qui fut suivie de guérison ; c'est là, d'après Rabinovitch (1), la meilleure technique à employer, car l'abouchement des uretères dans l'intestin ou à la peau amène rapidement une pyélonéphrite par infection ascendante.

Enfin, il nous faut signaler 2 cas d'hémorragies post-opératoires, dont l'un (Obs. 21) fut mortel ; dans le second cas (Obs. 51), l'hémorragie fut arrêtée par la ligature secondaire des hypogastriques, et peut-être est-on en droit de penser que, dans les hystérectomies abdominales élargies pratiquées au cours de la grossesse, la ligature préventive de ces troncs artériels est plus indiquée que dans les conditions communes.

Ainsi, grâce à l'asepsie et à l'amélioration de sa technique, l'opération de Wertheim n'est pas plus grave que l'hystérectomie vaginale chez la femme enceinte, et elle lui est bien supérieure par ses résultats éloignés. Mais elle offre encore le très grand avantage de n'être nullement gênée dans sa technique par le volume de l'utérus, et de permettre d'extraire le fœtus, une fois atteint le terme de sa viabilité, par une opération césarienne abdominale.

Dans quelques observations (nos 48, 73, 91, 97 et 107), les opérateurs ont extirpé l'utérus entièrement fermé, au cours des 6^e et 8^e mois de la grossesse ; il est évident que l'ablation de l'organe, dans ces conditions, doit être rapidement exécutée, pour ne pas priver longtemps le fœtus de l'apport du sang maternel. Sur cinq cas,

(1) RABINOVITCH. — Thèse de Paris, 1910-11.

deux fois l'enfant fut extrait vivant; une fois (fœtus de six mois), il mourut rapidement, et dans 2 autres observations, son sort n'est pas spécifié. Il semble que l'ablation de l'utérus fermé, si l'enfant est viable, est une conduite dangereuse, « car il faut être sûr de soi, et, pour quelqu'un qui craint de ne pas aller assez vite, il est évident qu'il vaut mieux vider l'utérus de l'enfant qu'il renferme, avant de l'enlever » (J.-L. Faure).

La césarienne abdominale, en effet, en dehors des quelques minutes qu'elle fait perdre au début de l'hystérectomie totale, ne contrarie en rien l'extirpation totale de l'utérus. Après extraction du fœtus, suivie ou non de celle du placenta, la section utérine est refermée par des pinces ou des soies rapidement passées; elle ne fait donc intervenir au cours de l'hystérectomie aucune manœuvre obstétricale de force, pouvant entraîner à des fautes d'asepsie et compromettre en même temps la vie de l'enfant; elle est rapide, et laisse intact le col, dont les masses cancéreuses sont incisées et dilacérées par l'opération de Dührssen.

D'ailleurs, son pronostic est meilleur que celui de la césarienne vaginale, d'après les statistiques.

D'après les cas cités par Gailly (1), la mortalité fatale est de 20 p. 100. : sur 42 césariennes abdominales dans lesquelles le sort de l'enfant est spécifié, nous avons trouvé 11 fœtus morts, soit 26 p. 100 (2) au lieu de 31 p. 100 dans la césarienne vaginale.

(1) GAILLY — Thèse de Lyon, 1899-1900.

(2) Dans cette évaluation, nous n'avons pas fait rentrer les observations 58, 59, 60, 61 et 62. Ce sont des cas tout à fait irréguliers, comme nous le verrons plus loin.

D'autre part, la mortalité maternelle ne semble guère augmentée, par la césarienne abdominale préalable. Les statistiques anciennes donnent, il est vrai, des chiffres élevés; celle de la thèse de Kreps (1), qui date de 1899, accuse 54, 2 p. 100 de morts opératoires; celle plus récente (1906) de Briend (2) ne donne plus que 31, 2 p. 100. Il est à remarquer que ces auteurs ont fait figurer, pour établir leurs résultats, les toutes premières hystérectomies abdominales sur utérus gravides tentées par Schröder, Bischoff, Fochier et Freund (Obs. 58 à 63) : ce sont là des cas absolument « impurs », et tout à fait irréguliers, par le moment tardif où la césarienne a été pratiquée et par la technique peu précise, suivant laquelle l'utérus a été extirpé.

En les écartant des résultats, la mortalité maternelle tombe à 9,5 p. 100, se rapprochant donc sensiblement de la moyenne obtenue par les hystérectomies abdominales, non précédées de césarienne; les cas mauvais sont surtout ceux où le travail est déjà prolongé : au cours du neuvième mois, nous n'avons pas trouvé un seul cas de mort de la mère.

La césarienne abdominale, dans le cancer du col de l'utérus, est donc préférable à la césarienne vaginale, parce qu'elle préserve mieux la vie de l'enfant, sans compromettre sensiblement les chances de guérison immédiate de la mère.

En résumé, l'hystérectomie abdominale totale selon la méthode de Wertheim semble donner de très bons résul-

(1) KREPS. — Thèse de Berlin, 1905.

(2) BRIEND. — *Loc. cit.*

tats immédiats et éloignés, dans le traitement du cancer du col de l'utérus pendant la grossesse ou le post-partum, résultats en tous points comparables à ceux qu'accuse cette même intervention dans les conditions ordinaires. De plus, la voie abdominale est encore préférable parce qu'elle permet d'extraire l'enfant viable par la césarienne abdominale, dont la mortalité fœtale est moins élevée que celle de la césarienne vaginale.

D'ailleurs la grande majorité des opérateurs ont adopté la voie haute, et, depuis 1907, nous n'avons plus trouvé d'observations d'hystérectomie vaginale qui soit publiée. D'après Trotta (1), l'extraction abdominale, bien réglée, est l'opération idéale; Winter (2), un des protagonistes de la voie basse, adopte lui aussi l'hystérectomie abdominale, et c'est de la même méthode que Graefe, Franqué, Freund (3), Grœfenberg (Obs. 100 et 101), Ferrari (Obs. 77 et 78) se montrent partisans.

III. — Hystérectomie totale par voie mixte.

La méthode vagino-abdominale n'a été que peu pratiquée, pour l'extirpation de l'utérus gravide avec cancer du col. Nous en avons trouvé 6 observations (n^{os} 19, 36, 56, 68, 77 et 116), que nous avons fait rentrer, pour établir nos statistiques, dans les hystérectomies abdominales totales; d'ailleurs, aucune de ces interventions n'a été suivie de mort.

(1) TROTTA. — *Arch. di ost. e gin.* 1902, août.

(2) WINTER. — Cité par WERTHEIM. — *Zentral f. gyn.* 1906, n^o 5, p. 157.

(3) FREUND. — Cité par LEHMANN. — *Th. de Halle*, 1908.

D'après Quénu et Duval (1), l'avantage de cette colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale est d'extirper le canal génital comme un sac fermé; pour J.-L. Faure (2) l'avantage n'est pas là, car les surfaces cruentées, créées pendant le temps vaginal, peuvent s'inoculer pendant le temps abdominal, et l'opération n'est pas plus aseptique que lorsqu'on obture le vagin avec les pinces coudées de Goullioud; mais c'est une intervention qui permet d'enlever une grande partie du vagin quand il est envahi, et, de plus, la libération préliminaire du vagin permet d'attirer facilement l'utérus à soi pour disséquer le col et les uretères par l'abdomen. Nous avons vu que, chez la femme enceinte, la souplesse des tissus permet aisément cette mobilisation de l'organe : la voie vagino-abdominale est donc peut-être moins indiquée au cours de la grossesse que dans les conditions communes.

En définitive, ce sont l'hystérectomie abdominale totale selon le procédé de Wertheim et l'hystérectomie totale vagino-abdominale qui restent les deux interventions de choix pour la cure radicale du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum.

(1) QUÉNU et DUVAL. — *Revue de chir.*, 1908.

(2) J.-L. FAURE — *Soc. de chir.* Paris, 1908.

OBSERVATIONS

Les observations ont été rangées d'après la voie adoptée pour aborder l'utérus et sont ainsi réparties :

- 1° Hystérectomies abdominales;
- 2° Hystérectomies vaginales;
- 3° Hystérectomies abdomino-vaginales.

Dans chacune de ces classes on a groupé ensemble :

- a)* Les hystérectomies sans césarienne préalable;
- b)* Les hystérectomies précédées de césariennes;
- c)* Les hystérectomies pratiquées dans les suites de couches.

A la suite des hystérectomies vaginales avec césarienne préalable, on a rangé les hystérectomies abdomino-vaginales précédées de césarienne; en réalité, ce sont des vaginales, la laparatomie n'intervenant que pour l'extraction de l'enfant.

Enfin, dans chaque groupe, les interventions, sont autant que possible, classées par ordre chronologique.

I. — Hystérectomies abdominales totales.

A. — Hystérectomies non précédées de césarienne.

Obs. 1. — SPENCER WELLS. — *Med. chir. transact.*
London. 1882.

Femme de 37 ans, 6^e grossesse; enceinte de 6 mois. Un accouchement et une fausse couche antérieurs.

Lors du premier examen, mouvements actifs du fœtus; bruits du cœur sont perçus. Col utérin long et hypertrophié, laissant pénétrer le doigt. Le canal cervical est englobé par une masse épithéliale ayant versé les lèvres du col et faisant saillie dans le vagin.

Opération. — Sonde dans la vessie, tamponnement du vagin au citron thymolé. Laparotomie. L'utérus, gros comme une tête d'adulte est amené hors du ventre : on suture la partie supérieure de la plaie et on place des éponges pour repousser les intestins. Ligature facile des utéro-ovariennes à la soie. Décollement de la vessie en se servant de la sonde comme guide. Rupture accidentelle de l'utérus, extraction du fœtus; le placenta est laissé en place. Section circulaire du vagin, ablation de l'utérus avec toutes les parties malades qui entouraient le col. Réunion des lèvres de l'incision vaginale et des bords des ligaments larges à la soie. Suture abdominale.

Guérison opératoire.

Six mois après, induration suspecte dans la cicatrice vaginale.

Obs. 2. — J. MURPHY. — *Brit. med. journal*,
1891, octobre, p. 795.

Femme de 33 ans, V^e pare; cancer du col. En travail depuis 4 jours, fœtus mort, membranes intactes.

Laparotomie. Utérus extirpé sans ouverture préalable. Ligature et section des ligaments larges. Incision transversale

antérieure et postérieure pour ouvrir le vagin, après libération de la vessie. Pincés de Péan sur le vagin, ablation de l'utérus. Drainage vaginal.

Mort en 48 heures, sans signes de péritonite.

Obs. 3. — FRITSCH. — In thèse de KUNSCHERT, Bonn, 1896.

C. M... 42 ans, X^e pare; grossesse de 7 à 8 mois.

Examen. — Chou-fleur sur la lèvre antérieure du col; lèvre postérieure molle et intacte. Vagin libre. Aucune autre induration. Le col mobile est perméable au doigt.

Opération le 2 mai 1893. — Laparotomie, extériorisation de l'utérus. Suture de la partie supérieure de la plaie, compresses sur les intestins. Incision des ligaments larges comme pour enlever un utérus myomateux. Incision de la paroi vaginale postérieure. On attire le col en haut par une pince de Museux; en avant on excise un centimètre de tissu sain. Extirpation de l'utérus. Suture du péritoine autour du vagin, ainsi que des ligaments tirés par les fils de ligature. Tamponnement vaginal. Sutures abdominales.

Suites normales, sans fièvre. Guérison opératoire avec une fistule vésico-vaginale; on s'était éloigné plus que de coutume du vagin pour opérer en tissu sain, et une ligature avait pris la vessie. Fermeture facile de la fistule.

Obs. 4. — MACKENRODT. — In art. HERNANDEZ.

Ann. Gyn. et obs., 1894, p. 81.

Femme de 34 ans. 4 accouchements et 2 avortements antérieurs.

Hémorragies depuis 4 mois : à l'examen : anémie extrême (pouls incomptable) enceinte de 6 mois avec un cancer du col.

Opération. — Curetage des fongosités, extirpation abdominale totale.

Mort le lendemain dans le collapsus.

Obs. 5. — *Idem.*

IV^e pare, enceinte de 5 mois. Cancer du col. Hémorragies anémiantes depuis 2 mois.

Curetage et extirpation totale par laparotomie.

Guérison opératoire. Sans récurrence, 8 mois après.

Obs. 6. — *Idem.*

35 ans, 3 accouchements et un avortement antérieurs. Hémorragies répétées avant ses dernières règles qui datent de six mois.

Examen. — Grossesse de 6 mois, cancer étendu du col sans envahissement des tissus voisins; utérus libre et mobile.

Curetage des fongosités; cautérisation, suture du col, extirpation abdominale totale.

Guérison opératoire.

Sept mois après, ileus intestinal; anus contre nature, mort en 7 jours; à l'autopsie, aucune récurrence cancéreuse au niveau de la cicatrice ou dans le voisinage.

Obs. 7. — CULLEN. — *Cancer of the uterus*, page 618.

27 ans, grossesse de 5 mois.

La tumeur a envahi la plus grande partie du col. Hystérectomie abdominale, guérison. Il était douteux que toute la tumeur ait été enlevée.

Un an et demi après, faciès émacié, douleurs à la miction, constipation.

Toute la partie supérieure du vagin est remplie par une grosse masse et l'induration s'étend à tous les côtés du bassin. Communications entre le rectum, la vessie et le vagin. Laparotomie pour pratiquer la ligature des hypogastriques; les adhérences empêchent l'intervention.

Mort 2 mois après.

Obs. 8. — CHIARLEONI. — In E. AMADEI. — *Ann. ost. e gin.*,
1896, p. 399.

Eurico Amadei rapporte un cas de Chiarleoni de Palerme; volumineux cancer du col et grossesse de 4 mois et demi. La grossesse ne fut diagnostiquée qu'au cours de l'opération. Charleoni voulant pratiquer la colpo-hystérectomie par voie vaginale ne put attirer l'utérus en bas, à cause de son gros volume. Il dut terminer par voie abdominale.

Obs. 9. — PURITANO (de Palerme). — *Rassegna di ost. e gin.*
1896, n° 1 et 2.

Femme de 47 ans. IX^e pare. Grossesse de 5 mois. Cancer du museau de tanche.

Essai d'hystérectomie vaginale. Après décollement de la vessie et pose de quelques ligatures sur les ligaments larges, la grosseur de l'utérus empêche de continuer l'opération.

On termine par une hystérectomie abdominale, après avoir fermé la brèche vaginale par des pincés et un tamponnement à la gaze iodoformée.

Mort en 4 jours, avec des signes d'occlusion intestinale. Pas de péritonite à l'autopsie.

Obs. 10. — JOHNSTON. — *Bost. med. a surg. journ.*
1900, 19 avril, p. 400.

Mme. P... 36 ans. III^e pare. Grossesse de 3 mois 1/2 avec ménorragies et troubles généraux. Cancer ayant envahi tout le museau de tanche.

Hystérectomie abdominale à cause du gros volume de l'utérus.

Bon état 3 ans après.

Obs. 11. — FREUND. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1898.

Femme de 35 ans. Grossesse de 3 mois et cancer du col.
Hystérectomie abdominale typique. Pas de ganglions.
Guérison.

Obs. 12. — DÖDERLEIN. — In VEIT's *Handb. d. gyn.*
1899, III, 2.

Femme de 42 ans. 12 grossesses antérieures.

Depuis décembre 1897, hémorragies irrégulières, pertes fétides, douleurs dans le sacrum.

A l'examen. — Lèvre postérieure du col dure, saignant à l'examen; utérus gros, antéfléchi, peu mobile. Paramètre droit envahi. Aucun signe net de grossesse.

Opération en mars 1898. — Cautérisation et tamponnement de la tumeur. Laparatomie : utérus congestionné, grvide de 3 mois. Extirpation typique de l'utérus et des annexes au galvano-cautère.

Guérison, mais fistule uretéro-vaginale à droite; l'uretère droit était situé dans l'infiltration néoplasique et il avait fallu pousser de ce côté la cautérisation jusqu'à la paroi du bassin.

Pas de récidence 3 ans après (C. Hense).

Obs. 13. — FUNKE. — *Zeits. f. geb. u. gyn.* 1898,
XXXIX, p. 488.

F. D..., 35 ans, 3^e mois de grossesse. Cancer du col au début, simple ulcération : diagnostic par le microscope. (Épithélioma pavimenteux). Bon cas.

Opération (Funke, en 1897). — Extirpation abdominale classique. Aucun ganglion. Guérison très régulière.

Obs. 14. — LUDWIG. — *Soc. d'obs. et de gyn. de Vienne*
13 déc. 1898, in *Zentr. f. G.* 1899, n° 15, p. 430.

Grossesse de 4 mois. Femme de 33 ans. Depuis 1 mois, hémorragies irrégulières, anormales : cancer du museau de tanche.

Extirpation totale facile, en novembre 1898. En janvier 1899, la malade semble récidiver dans la cicatrice du col.

Obs. 15. — COE. — *Trans. of the N. Y. obs. soc.*
14 mars 1899 in *Amer. gyn. et obs. journ.* 1899, n° 6, p. 693.

Femme de 40 ans, mariée depuis 15 ans. Depuis 4 mois, pertes de sang, à deux reprises, peu abondantes. Hémorragie plus forte 2 jours avant son entrée à l'hôpital.

A l'examen. — Masse étendue, friable, en chou-fleur sur la lèvre postérieure du col. Grossesse de 3 mois à 3 mois 1/2.

Opération. — Curettage et cautérisation du col cancéreux. Hystérectomie abdominale; pas de ganglions. Drainage et tamponnement sous-péritonéal par le vagin.

Convalescence rapide. Pas de récidive, 15 mois après.

Obs. 16. — DE BOUCAUD. — *Rev. mens. d'obs. gyn. et péd.*
de Bordeaux, 1899, p. 469.

M... 28 ans. Femme grasse. 1 accouchement normal à 19 ans.

Depuis 7 mois, douleurs hypogastriques et lombaires, avec pertes blanches, parfois roussâtres, et très fétides. Disparition des règles il y a 3 mois, mais augmentation des douleurs et des pertes.

A l'examen. — L'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne; il est régulier et mobile, et s'abaisse nettement par tractions avec une pince à col. Le col est béant; il admet facilement la pulpe du doigt qui

apprécie nettement « un état fongueux, végétant, framboisé de la cavité aussi haut qu'il remonte ». Culs-de-sacs souples et normaux.

Intervention. — Tentative d'hystérectomie vaginale; ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur; mais en avant « le col se déchiquète sous la prise des pinces, on travaille en plein néoplasme sans pouvoir reconnaître ce qui est l'utérus, ce qui est la vessie »; essai de bascule infructueux.

On fait l'hystérectomie abdominale; ligament large, sain à droite; « à gauche, au contraire, le cancer a débordé l'utérus, a infiltré le ligament sur une largeur de 4 à 5 centimètres, a englobé l'urètre et a filé en avant jusqu'au niveau de la vessie ». Rupture de l'urètre (dégénéré et transformé en cordon plein) qu'on abouche dans le vagin. Drainage.

Suites opératoires. — Anurie, hypothermie, vomissements; mort le 5^e jour sans signe de péritonite. Hydronéphrose du rein gauche à l'autopsie avec oblitération totale de l'urètre correspondant.

Obs. 17. — POLLOSSON. — In thèse GAILLY, Lyon, 1899-1900.

X... 21 ans. 3 grossesses antérieures.

Actuellement enceinte de 5 mois; souffre depuis 8 mois de douleurs et de pertes.

A l'examen. — Cancer du col étendu comme la paume de la main, mais les culs-de-sacs vaginaux sont souples et les ligaments larges ne semblent pas envahis.

Hystérectomie abdominale totale; au cours de l'intervention, déchirure dans le tissu cancéreux, et on dut extirper secondairement le reste de la masse néoplasique; ouverture de la vessie nécessitant une suture à deux plans. Drainage et tamponnement à la Mikulicz.

Suites opératoires simples.

Trois mois après, récidive dans la cicatrice vaginale.

Obs. 18. — BREWIS. — *Edinburgh obstretrical Society*
in *The Lancet*, 1902, p. 1757.

Femme de 36 ans, mariée depuis 15 ans. A eu déjà 9 enfants,
le dernier il y a 16 mois. Actuellement, enceinte de 5 mois.
Présente un cancer du col.

Hystérectomie totale. Guérison.

Pas de récurrence 4 ans après.

Obs. 19. — GÖBEL. — *Münch. med. Woch.*
1902, n° 48, p. 2008.

Grossesse de 6 mois. Hémorragies depuis peu de temps. Can-
cer du museau de tanche, saignant à l'examen. Paramètres
intacts.

Désinfection. Cautérisation au thermo. Incision circulaire
sur le museau de tanche, décollement de la vessie, ligature
des utérines. Nettoyage à nouveau des mains et du champ opé-
ratoire. Laparatomie et hystérectomie abdominale typique
avec ablation des paramètres. Fermeture du vagin. Péritoni-
sation.

Guérison régulière.

Obs. 20. — BREWIS. — *Edinb. obs. Societ.*
in *The Lancet* 1902, p. 1757.

Femme de 30 ans, VII^e pare. Règles régulières.

Enceinte de 5 mois. Cancer du col.

Hystérectomie totale. Sans récurrence 2 ans et demi après.

Obs. 21. — A. v. WALLA. — *Sect. de gyn. de la réunion des*
méd. de Budapest (22 mai 1900). *Zentral f. gyn.*) 1902,
n° 31, p. 830.

Femme de 26 ans. V^e pare. Cancer opérable du museau
de tanche. Grossesse de 4 à 5 mois.

Au cours de l'hystérectomie totale, on employa l'angiotribe de Doyen. Après ablation de l'utérus, forte hémorragie artérielle à peu près au milieu du paramètre droit; ligature; fermeture.

Au bout de 2 heures, poulx filiformes; suintement sanguin par le vagin. On ouvre de nouveau et on évacue du sang, partie liquide, partie coagulé. Le sang sortait, à côté de l'ovaire droit, de deux petites artères situées en dehors de la ligature. On les lie et on comprime. Sérum. Stimulants.

Morte en 6 jours d'infection. A l'autopsie, endocardite de la valvule mitrale, infarctus du rein gauche.

Obs. 22. — RUSSEL. — *Glasgow, med. journ.*, 1902, août.

Femme de 46 ans, 1^e pare. A la fin du 7^e mois de la grossesse. La lèvre postérieure du col est seule infiltrée, mais des hémorragies très abondantes obligent à intervenir.

On emploie la voie abdominale.

Mort de la malade dans l'après-midi du jour qui suit l'opération.

Obs. 23. — MACDONALD et MACKAY. — *The Lancet*, 1904, p. 866.

Femme de 36 ans, multipare. Depuis 6 ans, douleurs dans les reins, leucorrhée abondante et dysménorrhée. Règles supprimées depuis 6 mois, avec pertes irrégulières. Amaigrissement rapide, mauvais état général.

A l'examen. — Cancer du col ayant envahi le dôme vaginal, sauf du côté gauche. Fond de l'utérus à l'ombilic; enfant vivant.

Opération. — Hystérectomie abdominale totale. Drainage vaginal. Suites normales.

Six mois après l'opération, la guérison subsiste.

Obs. 24. — STEFAN TOTH. *Zentral. f. Gyn.*
1904, n° 24, p. 781.

Femme de 39 ans. X^e pare. Enceinte de 3 mois. Pertes de sang. Sur la lèvre antérieure du col, ulcération étendue comme un franc, dure, saignant facilement : biopsie ; le microscope montre un cancer.

Hystérectomie totale typique.

Guérison sans incidents.

Obs. 25. — VEIT. — *Zentral. f. Gyn.* 1904, n° 20, p. 672.

Cancer du col et grossesse. Opération par voie abdominale à cause de l'infiltration du paramètre à droite et de ganglions perçus par la palpation. Opération facile. Ganglions le long des vaisseaux iliaques.

Mort avec phlébite. A l'autopsie, les ganglions aortiques et lombaires sont pris.

Obs. 26. — BOYD. — *Trans. of obs. Soc. of London.*
1904, XLVI, p: 345.

X... 40 ans. Enceinte. Hémorragies depuis 5 mois. Le col n'est pas ulcéré, mais la biopsie montre un cancer. Pas d'infiltration du paramètre : cas où l'opération radicale a des chances de réussir.

Opération compliquée par le volume de l'utérus. Col difficile à dégager du côté gauche. Dissection des vaisseaux pénible. Ablation de l'utérus par voie abdominale, avec les annexes du côté droit ; les annexes gauches sont enlevées séparément. Péritonisation au catgut. Drainage vaginal. Fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. — Cicatrisation de la laparotomie par première intention ; au 6^e jour, issue d'une anse d'intestin

dans le vagin. On la réduit et on tamponne le vagin : ce fut le seul incident de la convalescence.

A la sortie de la malade, aucune infiltration décelable du côté gauche.

Obs. 27. — A. AMAN. — *11^e Congrès de Gynécologie.*
Kiel, juin 1905. *Zentr. f. Gyn.*, 1905, n° 27, p. 856.

Cancer du col. Grossesse de 4 mois. Opération radicale extrapéritonéale. Uretere double à droite.

Obs. 28. — A. POLLOSSON. — *Ann. Gyn. et obst.*,
1905, août, p. 479.

D..., 34 ans. Enceinte de 4 mois pour la cinquième fois. Pertes un peu fétides depuis 6 mois. Amaigrissement et pàleur.

Examen. — Utérus de 4 mois environ : au toucher on sent « que le col est détruit en grande partie par un néoplasme bourgeonnant dont la surface malade atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs ; les 2 lèvres sont envahies ».

Opération. — Râclage du néoplasme et cautérisation ; on se rend compte que la tumeur s'étend dans la direction de la vessie. Laparotomie : ligature des ligaments larges. On décolle la vessie avec une facilité remarquable ; on lie les utérines dont le volume est notablement augmenté. Latéralement le clivage de l'utérus se fait avec une facilité notablement plus grande que dans les opérations semblables en dehors de la grossesse au point qu'il ne semble pas nécessaire de faire une dissection minutieuse des uretères. Section du péritoine en arrière. Pince courbée sur le vagin et section au-dessous. Ablation du cancer en vase clos. Pas de ganglions pelviens. Drainage vaginal. Suture de l'abdomen.

Suites opératoires sans incidents. A l'examen, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Récidive en 3 mois dans la base du ligament large droit. Nouvelle intervention; résection de 4 centimètres de l'urètre droit et d'une partie de la face postérieure de la vessie. Guérison avec fistule vésico-vaginale.

Obs. 29. — SCHARPENACK. — *Zentral. f. Gyn.*,
1905, p. 877.

Femme de 32 ans. Petites hémorragies continues depuis deux mois et demi. Grossesse de 5 mois.

Sur la lèvre antérieure du col, tumeur grosse comme une pomme, saignant facilement.

Curetage, cautérisation et hystérectomie totale selon Wertheim.

Obs. 30. — WERTHEIM. — *Zentr. f. gyn.* 1906, n° 5,
p. 157, (*Soc. gyn. et obs. Vienne*, 6 juin 1907).

Grossesse de 6 mois. Cancer de la lèvre antérieure, au début, Ablation, par la voie abdominale, de l'utérus fermé. Bon état depuis 4 ans.

Obs. 31. — *Idem.*

Grossesse de 1 mois et demi. Gros cancer du museau de tanche, infiltrant les régions voisines et les paramètres. Hystérectomie abdominale. Bon état 5 ans après.

Obs. 32. — *Idem.*

Grossesse de 1 mois. Cancer de la lèvre postérieure. Vagin et paramètre non envahis. Hystérectomie abdominale. Bon état 2 ans après.

Obs. 33. — *Idem.*

Grossesse de 4 mois. Cancer étendu, surtout sur la lèvre postérieure. Tumeur irrégulière, dure et saignant facilement. Hystérectomie abdominale. Bon état 1 an après.

Obs. 34. — *Idem.*

Grossesse de 3 mois. Cancer extrêmement étendu, envahissement complet des paramètres. Morte au bout de 3 semaines, d'embolie pulmonaire.

**Obs. 35. — V. FRANQUÉ. — *Zentral f. gyn.*
1906, n° 5, p. 157.**

Grossesse de six mois et cancroïde du col.

Opération facile. — Décollement de la vessie, libération des uretères, ablation des paramètres, recherche des ganglions des plus aisés.

Guérison normale; la malade sort de l'hôpital 3 semaines après l'opération.

**Obs. 36. — PINZANI IN GRIMOUD. — *Arch. méd. de Toulouse*
1907, 15 septembre.**

Femme de 31 ans. V pare. Cancer ulcéré du col utérin avec grossesse d'environ 3 mois.

Temps vaginal : incision circulaire du vagin à quelques centimètres du col, décollement du segment vaginal situé au-dessus de l'incision, ouverture du Douglas. L'utérus est peu mobilisé par ces manœuvres.

Temps abdominal : ablation de l'utérus, des annexes et du segment vaginal libéré au premier temps. Suture du vagin, péritonisation, avec drainage sous-péritonéal des pédicules vasculaires

Suites normales.

Obs. 37. — GAIFAMI (clinique de Pëstalozza).
La Ginecologia, 15 août 1909.

Femme VIII^e pare. Depuis le dernier accouchement, pertes blanches avant les règles. Grossesse de 4 mois, durant laquelle il y eut des pertes blanches abondantes à odeur spéciale. Soignée par des injections au permanganate de potasse. A l'examen : Tuméfaction sur la lèvre antérieure du col, dure, irrégulière, friable, saignant sous le doigt.

On fit l'hystérectomie abdominale totale.

Obs. 38. — ROTTER (de Budapest). — Ref. in *Zentral.*
f. gyn., 1909, p. 357.

Femme de 31 ans, grossesse de 6 mois et cancer du col.
Opération de Wertheim, régulièrement exécutée.
Guérison opératoire.

Obs. 39. — MAREK. — Ref. in *Zentr. f. gyn.*
1909, n^o 10, p. 357.

Grossesse de 10 semaines et cancer du col.
Hystérectomie abdominale totale.
En bon état 5 mois après.

Obs. 40. — *Idem.*

Grossesse de 6 mois et cancer du col.
Hystérectomie abdominale totale.
En bon état 3 mois après.

Obs. 41. — VEIT. — In LEHMANN. — Th. Halle, 1908.

C... Pl., 37 ans. 11 accouchements, 1 fausse couche. Le dernier accouchement, il y a 1 an. Régulée régulièrement depuis 15 ans. Dernières règles il y a 2 mois. Depuis, hémorragies.

Examen. — Organes génitaux œdématisés. Utérus gravide de 5 mois. Le col est envahi par une masse friable; canal cervical perméable. Base des ligaments larges infiltrée à droite, libre à gauche.

Diagnostic : grossesse de 5 mois, cancer du col.

Opération. — Injection de 20 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique. Hystérectomie abdominale totale. Incision de laparotomie transversale. Des deux côtés, ablation de ganglions gros comme des amandes, contenant un liquide puriforme à droite; de ce même côté, un deuxième ganglion est accolé tout contre l'uretère qui est contenu dans le tissu néoplasique jusqu'à son entrée dans la vessie; dissection très pénible; on laisse provisoirement attenant à l'uretère une portion de tumeur, qu'on enlève après, pour libérer entièrement l'uretère.

Suites opératoires. — Normales; petite fistule à gauche, guérie spontanément.

Récidive à la fin de l'année.

Obs. 42. — VEIT. — In LEHMANN. Th. — Halle, 1908.

H. B... 38 ans. V^e pare, une fausse couche. Dernier enfant il y a 4 ans.

Règles irrégulières depuis quelque temps; hémorragies depuis 6 mois; il y a 4 mois, diagnostic de cancer du col inopérable, et amputation du col.

Examen. — A l'endroit du col, tumeur s'étendant presque jusqu'à la paroi pelvienne et saignante au toucher; paramètre infiltré des deux côtés. Utérus petit.

Opération. — Hystérectomie abdominale totale. Après laparotomie médiane, l'utérus apparaît gros et gravide. Adhérences au niveau des annexes. Pas de gros ganglions visibles, mais infiltration cancéreuse très étendue. Nombreux ganglions dans la profondeur. Dissection de l'uretère

gauche pénible mais possible ; à droite, dissection dangereuse car le tissu néoplasique l'entoure sur 8 centimètres : on y réussit cependant. Reste de l'opération normal.

Suites. — Réaction péritonéale. Guérison avec fistule vésico-vaginale.

Récidive en 2 mois.

Obs. 43. — GRIMSDALE. — *North of Engl. obs. a. gyn. soc.*
In *Monats f. geb. u. gyn.*, T. 27, p. 661.

Grimsdale a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale pour un cancer du col avec grossesse de 3 mois chez une femme de 36 ans. Guérison.

Obs. 44. — BUMM. — *Zentr. f. gyn.*, 1909, n° 6, p. 219.

Utérus cancéreux gravide dont l'orifice externe est dilaté comme 5 francs par un début de travail. On n'enleva pas au préalable l'enfant mort, pour éviter une infection péritonéale par les eaux qui étaient fétides.

Opération facile (*présentation de pièces*).

Obs. 45. — AULHORN. — *Zentr. für gyn*,
1909, n° 31, p. 1091.

Hystérectomie totale selon le procédé de Wertheim pour un cancer du col au début et grossesse de 4 mois (*présentation de pièces*).

Obs. 46. — GROS. — *Rev. médicale de l'Est*, 1909, p. 477.

X..., 41 ans. 6 enfants et 3 fausses couches en vingt ans. Dernier accouchement, il y a 5 ans.

Il y a 6 mois, règles plus abondantes irrégulières et écou-

lement séro-sanguinolent sans odeur, mais presque continu. État général mauvais, amaigrissement.

Examen. — Tumeur dure sur la lèvre postérieure du col, localisée, n'envahissant ni les culs-de-sacs, ni la muqueuse vaginale, laissant à l'utérus toute sa mobilité. Utérus normal.

Intervention. — Hystérectomie abdominale totale. Dès le ventre ouvert, on remarque l'utérus gros et violacé, qui fait penser de suite à une grossesse.

Suites opératoires. — Normales jusqu'au 11^e jour. Broncho-pneumonie et mort en deux jours.

A l'ouverture, l'utérus contient un œuf avec un fœtus de 20 millimètres environ (2 mois environ).

Obs. 47. — J. GOBIET — *Wien. Klin. Wochensch.*
1909, n^o 4, p. 121.

H. R., 37 ans. A eu 6 grossesses. Dernières règles en septembre 1909; pertes blanches, devenues fétides depuis 6 semaines. A la fin du 4^e mois de la grossesse, tumeur très douloureuse dans la partie gauche du ventre; il y a 12 jours, perte d'eau abondante, fétide. Les douleurs, arrêtées depuis 3 jours, ont repris faiblement pendant 4 jours; frissons. Température à 38°. Utérus dur; à sa gauche, tumeur mobile, Au toucher, col et isthme durs et infiltrés par un néoplasme.

Opération. — Laparotomie: on évacue à peu près 3 litres de sang. Section du pédicule de la tumeur gauche qui dépend de l'ovaire. Deuxième tumeur dans le Douglas, qu'on extirpe. Puis hystérectomie abdominale selon Wertheim: le ligament large gauche est libre, le droit est infiltré. L'uretère, entouré par l'infiltration est réséqué, et le bout supérieur implanté dans la vessie suivant la méthode de Witzel. Ablation de l'appendice. Drainage.

Suites. — Fistule urinaire guérie en 14 jours. Le 10^e jour, on diagnostique un cancer de l'estomac par la palpation; traitement par les rayons de Röntgen. La malade sort améliorée, engraisée, sans récidence du côté du petit bassin.

Obs. 48. — GINSBURG. — Th. Berlin, 1909.

F. G. G., 38 ans. Depuis 4 ans, tumeur de l'ovaire. Réglée à 17 ans, irrégulièrement. IV^e pare. Dernier accouchement en 1902. Depuis 1 an environ, pertes sanguines après le coït; durant la grossesse actuelle, douleurs dans la région utérine et pertes blanchâtres, jaunâtres ou rosées, toujours fétides. Dernières règles en octobre 1907.

Examen. — Fond de l'utérus à 3 doigts de l'appendice xiphoïde, tête reposant sur le bassin; présentation gauche; sur l'orifice externe, tumeurs dures, bosselées; paramètre infiltré à gauche et en arrière.

Opération. — Hystérectomie selon Wertheim, sans ouvrir l'utérus. Guérison, mais morte de récurrence rapide.

Obs. 49. — GINSBURG. — Th. Berlin, 1909.

Femme N..., 39 ans. Tuberculose dans l'enfance. Réglée à 16 ans. VIII^e pare. Dernières règles le 12 mars 1908; depuis avril, douleurs dans le ventre, dans les reins, mictions fréquentes. Amaigrissement. Légères pertes de sang, depuis la même époque. Enceinte de 3 mois.

Examen. — Descente de la paroi vaginale postérieure; le col est remplacé par une tumeur bourgeonnante, gagnant la profondeur du côté droit, et saignant facilement. Fond de l'utérus à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse: on sent le paramètre un peu infiltré à droite. — A la cystoscopie, œdème de la vessie qui s'étend à droite jusqu'à l'embouchure de l'urètre et entoure celle de l'urètre gauche.

Opération. — Hystérectomie selon Wertheim le 20 juin; morte en 10 jours de péritonite généralisée.

Examen des pièces. — Le col, dont le quart de la circonférence est détruit, fait voir en son milieu une vaste ulcération remplie de masses friables; à droite, le col est moins détruit; à la coupe, infiltrations cancéreuses.

Obs. 50. — BRINDEAU. — *Bull. Soc. Obs.*, 1910, p. 435

30 ans, IV^e pare. Se plaint de faiblesse et d'amaigrissement. Les règles sont supprimées depuis 2 mois. Elle perd d'une façon constante un liquide roussâtre. Etat général précaire.

Examen — Utérus gros et mou, répondant à une grossesse de 2 mois. Le col est dur, principalement au niveau de la lèvre antérieure; il ne saigne pas au toucher et ne se laisse pas pénétrer par l'angle : l'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. Utérus libre de toute adhérence. Ligature des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds. On refoule les urétères sur les parties latérales. Taille d'un lambeau péritonéal antérieur. Ligature des utérines. Section du vagin assez loin du col. Surjet vaginal, drain vaginal. Surjet péritonéal.

Suites Opératoires normales. — La malade a engraisé.

Obs. 51. — MORESTIN. — *Soc. anatomique* 1910,
LXXXV, 655.

E. C..., 24 ans. Souffre de douleurs pelviennes et lombaires. Abondantes pertes jaunâtres. Un accouchement normal il y a 5 ans. Réglée régulièrement jusqu'il y a 4 mois; seins gros; colostrum à la pression, vulve violacée avec varices. La palpation de l'abdomen montre dans l'hypogastre une masse globuleuse remontant à deux travers de doigt de l'ombilic, donnant l'impression d'un utérus gravide.

Le toucher vaginal fait voir que le col suit tous les déplacements imprimés à cette masse; de plus, à droite de l'utérus on peut sentir, en déprimant le cul-de-sac vaginal, une tumeur arrondie, légèrement douloureuse à la pression : la présence de cette tumeur manifestement annexielle, a pu faire croire que la grossesse présumée était extra-utérine.

Le col, très ramolli sur presque toute la partie antérieure,

offre en arrière une consistance très dure. La lèvre antérieure présente deux parties indurées : à gauche, une petite nodosité qui répond à un kyste muqueux ; à droite, une dépression entourée d'un bourrelet en fer-à-cheval, à convexité antérieure ; l'échancrure ainsi délimitée en avant vient en arrière se confondre avec l'orifice externe du col et une large perte de substance creusée aux dépens de la lèvre postérieure.

Celle-ci est assez difficile à découvrir, derrière la lèvre antérieure molle et volumineuse ; en partie détruite, elle est impossible à délimiter exactement : dure au toucher, bosselée, ulcérée la lésion qui l'occupe s'est propagée en arrière au vagin. Saigne légèrement au toucher.

Au spéculum, ulcère cratériforme entouré d'un épais bourrelet et dont le centre répond à la lèvre postérieure.

Opération. — Utérus mou, vasculaire, facilement attiré hors de la plaie abdominale. Ovaire droit contenant un kyste du volume d'une orange. A gauche quelques adhérences autour de l'ovaire. Trompes saines.

Ablation des annexes des deux côtés et hystérectomie totale en réséquant le plus possible du paramètre et une large collette vaginale : hémostase assez délicate, non pas du fait des grosses artères ou des veines volumineuses, mais à cause d'une foule de petits vaisseaux saignant au niveau de la tranche vaginale. On laisse un drain, et trois mèches tamponnant la tranche vaginale.

Le suintement sanguin reprit et devint une vraie hémorragie. Etat général alarmant, hémorragie par le vagin et par la suture abdominale. Nouvelle laparotomie 5 heures après ; Douglas plein de caillots, pédicules corrects, mais points saignants très nombreux, d'accès malaisé, et dont l'hémostase directe eût été longue, pénible, impraticable peut-être : ligature des hypogastriques qui arrête le saignement.

Suites opératoires. — Etat grave pendant 3 jours, mais avec ventre souple et sans vomissements. Guérison. La malade, revue, est en très bon état.

Obs. 52. — J. L. FAURE. — *Arch. mens. d'obs. et gyn.*
1912, avril, p. 305.

Femme de 32 ans. 5 grossesses antérieures. Actuellement enceinte de 4 mois et demi. Pertes rosées depuis deux mois environ.

Examen. — Bon état général. Sur la lèvre antérieure du col, tumeur grosse comme une petite bille, saignant et reposant sur une base indurée. Culs-de-sacs vaginaux souples et libres. Epithélioma à l'examen histologique.

Opération. — Hystérectomie selon Wertheim relativement facile grâce à la souplesse des tissus. Dissection des uretères très simple. Section du vagin à deux centimètres au-dessous de son insertion sur le col. Pas d'extirpation ganglionnaire, les ganglions n'étant pas augmentés de volume. Drainage vaginal.

Guérison sans incident. Bon état général et local 21 mois après.

Obs. 53. — J. L. FAURE. — *Idem.*

Femme de 38 ans. 2 grossesses antérieures normales. Dernières règles il y a 5 mois. Pertes blanches, sans caractères d'abord, puis odorantes depuis 2 mois; en même temps, fatigue générale.

Examen. — Bon état général. Grossesse de 5 mois environ. Sur la lèvre antérieure, ulcération néoplasique. Culs-de-sacs vaginaux libres. Utérus mobile.

Opération. — Hystérectomie totale selon Wertheim, sans ligature des hypogastriques. Clivages et dissection extrêmement faciles. Ablation en vase clos par les pinces de Goulioud. Pas de ganglions à l'exploration.

Suites opératoires des plus régulières.

Récidive en 6 mois : douleurs violentes le long du sciatique gauche. Au toucher : vagin sain, mais au-dessus masse gan-

glionnaire contre la paroi pelvienne gauche, et un peu mobile.

2^e opération. — La masse fait corps avec les vaisseaux et englobe l'uretère, qui est du volume du doigt. La masse adhère à la vessie et est creusée d'une cavité purulente. En passant en dehors de l'artère iliaque externe, on sépare la masse néoplasique de la paroi du bassin pour diminuer la compression des nerfs. Tamponnement à la Mickulicz.

Les douleurs ont disparu les jours suivants. La malade est encore à l'hôpital plusieurs mois après.

Obs. 54. — LANDAU. *Berl. Klin. Wochensch.*
1911, n^o 8, p. 357.

Femme de 40 ans. Grossesse de 6 mois et demi environ. Utérus myomateux. Cancer de la lèvre antérieure du col, plus étendu à gauche qu'à droite. L'utérus renferme encore le fœtus (*présentation de pièce*).

On fit l'hystérectomie totale. Guérison.

(*Observation rangée parmi les hystérectomies abdominales, malgré le défaut d'indication du procédé employé; étant donné l'âge de la grossesse, donc le volume de l'utérus, ou emprunta sans doute la haute voie*).

Obs. 55. — STRAUSS. — *Münch. med. Woch.* 1911, n^o 5, p. 220.
(Réunion des praticiens de Francfort)

Présentation d'une pièce d'hystérectomie totale avec ablation d'une portion du vagin pour cancer du museau de tanche d'un utérus gravide de 6 mois.

Obs 56. — J. L. FAURE. — *Arch. mens. d'obs et gyn.*,
1912, avril, p. 307.

Femme de 26 ans. 2 enfants. Actuellement enceinte de 5 mois. Pertes blanches depuis le début de sa grossesse.

Examen. — Cancer induré ayant envahi les 2 lèvres du col

qui semble pris en entier : aucune prolifération bourgeonnante rappelant le cancer en chou-fleur; les culs-de-sacs vaginaux semblent cliniquement libres. Sur la paroi vaginale antérieure on trouve à un centimètre du col environ un noyau néoplasique du volume d'un gros pois, et situé un peu à droite de la ligne médiane. Plus bas, près de la vulve, on sent une série de petites granulations dures mais qui n'ont aucun caractère néoplasique.

Opération. — Hystérectomie vagino-abdominale.

Premier temps : libération circulaire du vagin; clivage très facile en arrière et sur les côtés, plus pénible en avant à cause du noyau néoplasique de la paroi vaginale antérieure qui adhère à la vessie. Fermeture du vagin par un surjet au catgut.

Deuxième temps : clivage très facile de la vessie par l'abdomen. Ligatures et dissection des uretères sans difficulté. On termine alors le clivage de la cloison vésico-vaginale, difficilement, car le néoplasme l'a envahie; à certains endroits, la muqueuse vésicale mise à nu est recouverte par un surjet au catgut.

Suites opératoires. — Phénomènes d'infection urinaire et fistule durant 15 jours. Puis l'état est resté bon.

Mais 6 mois après, nouveaux accidents urinaires, signes d'urémie et mort.

Obs. 57. — ZWEIFEL. — *Vorles. uber. klin. gynök.* p. 45, n° 219.

Femme Gr., 46 ans, VII^e pare. Grossesse de 5 mois, 1 accouchement anormal.

Depuis 6 semaines, hémorragies : cancer du col et du canal cervical.

Opération. — Laparotomie et amputation sus-vaginale de l'utérus sans ablation de l'œuf. Extirpation du moignon par le vagin.

Morte en 5 jours, avec des signes de péritonite.

Obs. 57 bis. — ZWEIFEL. — *Beitr. zur Geb. u. gyn*
1902, t. VI, p. 215,

Femme de 34 ans, II^e pare. Pertes depuis 9 mois. Dernières règles il y a 5 mois. Cancer bourgeonnant du col.

Amputation sus-vaginale de l'utérus, sans extraire le fœtus. On laisse les annexes gauches en place. Extirpation du moi-gnon par le vagin.

Guérison depuis 7 ans.

B. — Hystérectomies abdominales totales avec césarienne préalable.

Obs. 58 — SCHRÖDER. — *Zeits. fur. Geb. u. gyn.*,
1879, t. XII, p. 280.

Femme en travail. III^e pare. Température : 39°5. Enfant vivant, présentation du sommet.

Opération césarienne, puis hystérectomie selon le procédé de Freund. L'enfant asphyxié ne put être ranimé.

Mort de la mère le lendemain.

Obs. 59. — BISHOFF. — In art. de GONNER. —
Zeits. f. Geb. u. gyn., t. X, p. 14.

Femme de 41 ans. VIII^e pare. Hémorragies successives, nécessitant des tamponnements vaginaux. Sur le col, quelques petits points friables, que le microscope montre cancéreux.

Opération. — Femme en état grave par la perte de sang. Césarienne abdominale : enfant extrait vivant. Extirpation de l'utérus selon la méthode de Freund ; une grosse masse néoplasique à gauche force à faire des incisions profondes, amenant une hémorragie grave de l'artère utérine. Injection de sérum.

Mort le soir de l'opération. L'enfant (3.200 grammes) survécut.

A l'autopsie. — Infiltration ganglionnaire intense. Friabilité très marquée du col malade. L'uretère gauche avait été lié avec l'artère utérine.

Obs. 60. — SCHRÖDER. — *Zentral. für. gyn.*, 1886, p. 10.

Femme de 28 ans, III^e pare. Cancer du col diagnostiqué 4 mois avant. La grosseur de la tumeur, l'infiltration de la partie inférieure de l'utérus empêchent de compter sur un accouchement naturel. On laisse l'enfant atteindre la viabilité.

Début des douleurs 7 semaines avant le terme; écoulement de méconium, disparition des bruits du cœur; liquide fétide, fièvre.

Opération. — Césarienne; l'enfant ne put être ranimé. Extirpation de l'utérus selon le procédé de Freund, annexes séparés; les vaisseaux sont liés isolément; la vessie a été déchirée en la décollant, peut-être à cause du ramollissement prolongé causé par le travail. Suture du vagin. Suture du péritoine. Sonde vésicale à demeure.

Mort en cinq heures.

Obs. 61. — FOCHIER. — *Lyon médical*, 1888,
13 mai, p. 58.

Femme de 38 ans. Cinq grossesses antérieures. 6^e grossesse avec des pertes de sang et des douleurs abdominales.

A terme, on constate un col cylindroïde, boursoufflé, végétant. Rupture des membranes la veille de l'examen: liquide fétide. Pas de bruits du cœur fœtal.

Opération césarienne: enfant mort. Péritonite purulente, utérus infecté: hystérectomie totale. Pinces de Doléris à demeure pendant 40 heures sur les ligaments larges.

Morte de péritonite 79 heures après l'intervention.

Obs. 62. — FREUND. — In art. de GRAPOW. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1889, t. XVIII p. 110.

Femme de 33 ans. V^e pare. Pertes il y a 8 mois avec ménorrhagies ; mouvements du fœtus depuis 4 mois ; les pertes ont cessé.

Examen. — Cachexie, teinte jaune paille, œdème, surtout prononcé à la paroi abdominale rendant la palpation difficile. Museau de tanche court et fissuré ; lèvres antérieure normale, lèvres postérieure indurée, ulcérée et friable. Col perméable permettant de sentir la poche des eaux et un pôle fœtal. Urines albumineuses.

Début de travail la veille de l'opération ; dilatation comme 2 francs, stationnaire pendant 24 heures ; bruits du cœur bons. On décide de pratiquer une césarienne.

Opération. — Césarienne abdominale, enfant gros et vivant. Ablation du placenta, nettoyage de l'utérus, hémostase par un tube constricteur. Par le toucher bi-manuel, on sent le col assez mobile pour être extirpé ; la vessie et le rectum sont indemnes, mais le paramètre gauche est infiltré. Ablation des annexes. Séparation de l'utérus et de la vessie au bistouri. Incision et ligature des ligaments larges. Pouls filiforme ; piqûres d'éther.

Mort sur la table d'opération.

Obs. 63. — FRITSCH. — *Zentral f. gynéc.*, 1892, n° 6.

Femme de 35 ans. VII^e pare. Hémorragies pendant toute la grossesse actuelle.

Examen. — Enfant vivant. Col dur entouré d'une masse irrégulière. Quelques noyaux résistants dans le paramètre droit. Hémorragie à l'examen. L'accouchement spontané sera difficile, sinon impossible : on décide de faire une césarienne, puis l'opération de Freund.

Opération. — Césarienne en extériorisant l'utérus. Drain

constricteur sur l'utérus, décollement du péritoine vésico-utérin. Section du vagin en arrière, à 2 centimètres au-dessous de l'induration. Section et ligature des ligaments larges. Décollement de la vessie difficile à cause de l'énorme vascularisation. La péritonisation est impossible, car l'espace évidé, très étendu à droite, est irrégulier et saignant. Tamponnement iodoformé dans le petit bassin. Fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. — Guérison en 4 semaines. L'enfant (3.000 gr.) va bien.

Obs. 64. — VON OTT. — *Monatsch. für geb. u. gyn.*, 1896, p. 162.

Malade enceinte de 9 mois; cancer du col très développé. Accouchement impossible par les voies naturelles.

Césarienne : enfant (3.000 gr.) vivant. Extirpation totale de l'utérus. Guérison.

Obs. 65. — MANGIAGALLI. — In art. de ENRICO AMADEI. — *Ann. di. ost. e gin.*, 1896, p. 395.

A. L., 30 ans. Régulée à 16 ans. Règles irrégulières jusqu'à 22 ans, époque de son mariage. 3 Grossesses normales antérieures.

Enceinte actuellement de 8 mois; mouvements actifs du fœtus au 4^e mois. Hémorragie d'abondance moyenne vers le milieu du 5^e mois; de même le mois suivant. Depuis, pertes presque continuelles.

Examen. — Dépérissement général, pâleur. Léger souffle cardiaque. Urines normales. Signes de grossesse nets au niveau du sein et de la ligne blanche. L'utérus montre le sommet dans le bassin, dos à gauche; enfant vivant.

Col : augmenté de volume, irrégulier; ulcération étendue, dure par endroits, friable ailleurs. Cul-de-sac vaginal gauche un peu ulcéré, infiltration du paramètre correspondant.

Opération. — Désinfection vaginale : cautérisation des fongosités; amputation supra-vaginale du col au thermo; cautérisation de la section du col, tamponnement à l'iodoforme. Puis laparotomie; césarienne abdominale : enfant vivant de 2.200 grammes. Ligature des annexes des deux côtés, section; incision du péritoine antérieur et du Douglas, ligature des utérines, ablation de l'utérus. Drainage vaginale, péritonisation, suture abdominale.

Suites opératoires. — Normales. Guérison.

Revue 5 mois après : bon état général. Cicatrice vaginale résistante et régulière.

Obs. 66. — CULLEN. *Cancer of the uterus*, p. 620.

Femme de 34 ans. Cancer du col déjà diagnostiqué auparavant, mais on attendait la viabilité du fœtus pour opérer. On intervient au 7^e mois de la grossesse.

Opération. — Extériorisation de l'utérus. Ligature des vaisseaux près du col. Incision de l'utérus en protégeant l'abdomen avec des compresses. Enfant asphyxié, mais ranimé. Grosses difficultés pour enlever la tumeur, sur la portion droite du vagin. Les uretères furent difficilement isolés. Hémostase soigneuse. Suture de l'abdomen. Sérum.

Guérison après légère suppuration. Enfant mort à 2 mois.

Récidive 3 ans après.

Obs. 67. — JOHNSTON. — *Bost. med. a surg. journ.* 1900, 19 avril, p. 400.

Mme B., 26 ans. II^e pare. Grossesse de 6 mois environ. Cancer de la lèvre postérieure du col, saignant sous le doigt.

Césarienne : enfant mort au bout de 2 heures et demie.

Hystérectomie totale. Suites opératoires normales. Très bon état un an et demi après.

Obs. 68. — FREUND. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1898.

Femme de 35 ans. Grossesse de 7 mois. Cancer du col, pertes fétides depuis 8 mois. Au toucher, ulcération étendue, sanieuse, entourée de tissus friables.

Hystérectomie vagino-abdominale totale après césarienne. Enfant mort en 1 heure. Ligaments larges sains, pas de ganglions.

Guérison sans incidents.

Obs. 69. — MICHOLITSCH. — *Zentr. f. gyn.*, 1910, n° 3, p. 77.

Femme de 41 ans, X^e pare. Enceinte de 8 mois. Hémorragies irrégulières depuis 3 mois. Aspect cachectique, affaiblissement. Signes de bronchite.

Examen. — Fond de l'utérus à l'appendice xyphoïde, tête fœtale en bas, dos à droite; bruits du cœur fœtal sourds. Sur la lèvre antérieure du col, nodule cancéreux gros comme une noix, circonscrit, peu ulcéré; vagin intact, paramètres libres, pas de ganglions.

Opération. — Césarienne classique et fermeture de la plaie utérine. Hystérectomie selon Wertheim; les 2 uretères gonflés au triple font saillie sous le péritoine. Ligature des ligaments ronds, utéro-ovariens et sacrés. Dissection des paramètres des deux côtés jusqu'à la paroi pelvienne. Recherche des ganglions le long des vaisseaux, en haut jusqu'à la bifurcation aortique, en bas jusqu'aux branches de l'hypogastrique. Aucun ganglion suspect. Libération du vagin avec le plus possible de tissu para-vaginal: section du vagin à 4 centimètres au-dessous de son insertion sur le col. Drainage vaginal péritonisation, fermeture de l'abdomen.

L'enfant vivant pèse 2.250 grammes.

Guérison de la mère. Bon état 2 mois et demi après.

Obs. 70. — CHOLMOGOROW. — Cité par GERSCHUN in *Zentral. f. gyn.* 1901, n° 46, p. 1.276.

Femme de 32 ans, VIII^e pare.

Césarienne et extirpation abdominale totale.

Enfant mort et macéré.

Guérison; légère induration du paramètre droit à la sortie.

Obs. 71. — LEGUEU. — *Ann. gyn. et obstét.*, 1901, avril, p. 304.

Femme de 36 ans, 1 accouchement normal à 21 ans, pas de fausses couches depuis.

Légères pertes depuis quelques mois, blanches, puis rosées et presque sanguinolentes, mais sans odeur. Enceinte de 5 mois et demi lors du premier examen; à cette époque, col infiltré dans presque toute son étendue par un épithélioma végétant; le vagin n'est pas encore envahi; le cancer est sur la limite du col et du vagin; il est surtout développé en avant, la lèvre postérieure est bien moins lésée.

Les pertes deviennent vite nettement sanglantes, et leur abondance nécessite des tamponnements : un curetage du cancer fait cesser les hémorragies.

Vingt jours après le curetage, le cancer a considérablement progressé; il s'est beaucoup étendu en avant dans la région de la vessie. L'utérus, gravide de 7 mois et demi, renferme un fœtus vivant, placé transversalement, dos en avant.

Laparotomie, césarienne abdominale : l'enfant, extrait vivant, meurt le soir (le placenta est laissé en place). M. Legueu enlève le corps de l'utérus et les annexes dans un premier temps, puis le col et le tiers supérieur du vagin. Double drainage, vaginal et abdominal.

Suites opératoires simples. Petite fistule sur l'uretère droit, qui donne une centaine de grammes d'urine par jour.

Un an après, point induré dans la cicatrice vaginale : récidive locale.

Obs. 72. — DELANGLADE. — *Ann. gyn. et obs.*,
1901, I, p. 270.

T. C... 33 ans. Pas d'antécédents intéressants. Réglée à 14 ans, règles régulières. 4 accouchements normaux, le dernier il y a 18 mois.

Dernières règles, il y a 8 mois; puis hémorragies presque continuelles avec vomissements, diarrhée ou constipation. Amaigrissement et anémie depuis 2 mois; teinte jaune des téguments. Mouvements actifs du fœtus. Hémorragie considérable il y a 3 jours.

Examen. — Léger oedème des membres inférieurs; un peu d'albumine dans les urines. Utérus développé transversalement; pas d'engagement, tête dans la fosse iliaque droite. Auscultation fœtale positive. Au toucher, on voit que toute la portion vaginale du col est envahie par un néoplasme volumineux en énorme chou-fleur : on ne peut trouver l'orifice utérin. Culs-de-sacs antérieurs et latéraux sont légèrement durs et mobiles sur une petite étendue. L'utérus est mobile.

Opération. — Laparotomie, extériorisation de l'utérus. Césarienne : liquide verdâtre, enfant ranimé avec peine au bout de 10 minutes. Hystérectomie abdominale totale difficile par l'envahissement de l'étage inférieur du ligament large. Libération des deux bords de l'utérus jusqu'à l'utérine, taille d'une collerette péritonéale antérieure, incision du Douglas. Hémostase. Tamponnement et drainage du paramètre. Péritonisation sur le tamponnement. Mikulicz abdominal.

Suites opératoires. — Bronchite avec fièvre. Guérison. Enfant bien portant, après une bronchite.

Deux mois après, induration suspecte dans la cicatrice vaginale.

Obs. 73. — BLAND-SUTTON. — *The Lancet*, 1901, 23 février.

Femme de 33 ans, enceinte de 8 mois. Cancer du col de l'utérus étendu à tout le museau de tanche, mais le vagin est

libre et les ligaments larges non envahis. Enfant viable. Après réflexion, on décide de faire l'hystérectomie.

Opération. — Incision médiane. Ligature et section des ligaments larges; recherche et ligature des utérines, et ablation de l'utérus avec son contenu, après amputation au niveau du col. Hémostase pendant que l'assistant ouvre l'utérus et sort l'enfant. Ablation du col cancéreux en protégeant l'intestin par des compresses. Péritonisation, fermeture abdominale.

Suites opératoires. — Parésie intestinale, mort en 4 jours. L'enfant, mis en couveuse, mourut le 14^e jour.

Obs. 74. — ZWEIFEL. — In SOHÈJE. — Th. Leipzig, 1901.

Femme S. V, 30 ans. II^e pare. Réglée à 16 ans, règles régulières. Mariée depuis 13 ans; 1 avortement il y a 11 ans.

Dernières règles, il y a 9 mois. Au cours de la grossesse, 3 pertes de sang.

Examen. — Femme en travail. Bon état général. OEdème des membres inférieurs et de la région pubienne. Pas d'albumine. Enfant vivant, présentation normale, tête mobile. Au toucher, tumeur infiltrée, dure, qui enserre le col; paramètre libre. L'orifice externe du col est perméable; l'orifice interne est fermé.

Opération. — On essaie une césarienne vaginale, mais la grosseur de la tête fœtale empêche l'extraction. Laparatomie césarienne abdominale : enfant vivant. On laisse le placenta, et on referme l'utérus avec quelques pinces. Hystérectomie totale.

Guérison. Pas de récurrence 15 mois après.

Obs. 75. — OLIVIER. — *The Lancet*, 1901, juin, p. 1536.

Femme de 39 ans, X^e pare. Hémorragies utérines, anémie, accidents remontant à 18 mois. Dernièrement, les pertes ont presque disparu. Enceinte de 8 mois, fœtus vivant.

A l'examen, col ouvert. Canal cervical irrégulier. Les lèvres du col, surtout à gauche, sont remplacées par une masse friable, saignante. Les culs-de-sacs semblent libres.

Opération (Morison). — Position de Trendelenburg, laparotomie. Ligature des ligaments utéro-ovarien et rond; ouverture du ligament large, hémostase de l'artère utérine au doigt. Incision de l'utérus, extraction de l'enfant. Ligature élastique au-dessus du col de l'utérus, qu'on ampute. Ablation du col, et d'une grande partie du tissu péri-utérin. Péritonisation.

Guérison avec fistule vésico-vaginale. Enfant vite ranimé et vivant.

Au microscope, tissu cancéreux caractéristique.

Obs. 76. — GLOCKNER. — *Beitr. z. geb. u. gyn.*,
1902, T. VI, p. 215.

Femme de 30 ans; un avortement il y a un an.

Actuellement enceinte à terme. Sur le col, tumeur grosse comme un œuf de pigeon, vagin et paramètres libres. Travail commencé.

Deux jours après le début du travail, césarienne vaginale de Dührssen; après cathétérisme vésical, section de la lèvre antérieure du col, forceps sur la tête haute, sans résultat.

Césarienne abdominale : gros enfant. Extirpation abdominale totale de l'utérus et des annexes.

Guérison, mais récurrence dans la cicatrice en deux ans.

Obs. 77. — FERRARI. — *Ann. di. ost. e gin.*; 1902, page 1039
(cas opérés par Pertalozza.)

V. X..., 35 ans. 2 grossesses antérieures. Dernières règles, il y a 8 mois. Pertes de sang dès les premiers mois de la grossesse; pertes purulentes et fétides vers le 4^e mois. A partir du 7^e mois, douleurs dans le bas-ventre et la région lombosacrée. Les pertes de sang continuent.

Examen. — Grossesse de 9 mois compliquée d'un épithé-

lioma du col utérin avec destruction partielle de la lèvre antérieure, et envahissement du canal cervical.

Opération. — Isolement du col par le vagin, isolement difficile, amenant une hémorragie. Césarienne : incision transversale sur le fond de l'utérus : enfant vivant. Hystérectomie totale complémentaire.

Guérison temporaire. Morte 1 an après l'opération,

Obs. 78. — FERRARI, *Idem.*

C. G..., 37 ans, 2 accouchements normaux.

Examen. — Grossesse de 7 mois avec cancer du col.

Opération. — Césarienne (incision transversale sur le fond de l'utérus). Puis hystérectomie totale complémentaire, avec libération difficile de l'uretère droit.

Mort le 7^e jour.

Obs. 79. — FOCHIER et COMMANDEUR. *Lyon médical.*
13 septembre 1903.

R. B..., 28 ans 4 accouchements antérieurs, le premier au forceps. Deux fausses couches.

Actuellement enceinte de 8 mois. Vers le 6^e mois, légères pertes rosées, jaunâtres, sans caillots, perte de l'appétit, amaigrissement sensible.

Examen. — Fœtus vivant en O.I.G.A. Col volumineux et dur; la lèvre antérieure dans sa moitié gauche est très augmentée de volume et formée par un tissu lisse et régulier. Cette portion est doublée du côté de la cavité cervicale par une masse à surface mamelonnée. Lèvre postérieure également dure. Ce n'est que dans une étendue très faible à gauche que le col présente le ramollissement normal de la grossesse. Saignement léger à l'examen. Donc, cancer du col à évolution presque latente empêchant l'accouchement spon-

tané. Le vagin est souple, le ligament large ne semble pas envahi.

Opération. — Laparotomie médiane. Césarienne; enfant vivant de 2.900 grammes qui cria aussitôt. Hémorragie peu abondante. On jette un tube élastique sur l'utérus.

Extirpation totale; ligature des ligaments ronds et des pédicules utéro-ovariens. Ligature des utérines, un peu difficile à droite. On pénètre dans le vagin. A droite, le néoplasme s'étend dans la base du ligament large. La section faite pour isoler l'utérus intéresse l'uretère droit, qui est coupé transversalement, et qui est dilaté du volume d'une grosse plume.

L'utérus extrait, on complète l'hémostase. Suture de l'uretère à la tranche vaginale, pour créer une fistule uretéro-vaginale. Tamponnement à la Mickulicz sortant par le vagin. Suture abdominale.

Suites opératoires, des plus simples. Guérison.

Morte un an et demi après par occlusion intestinale (Briend.)

Obs. 80. — POISSON. In th. BRIEND. Lyon, 1903-06.

R. A., 31 ans. Aucun antécédent à signaler.

Réglée à 12 ans, régulièrement. 5 enfants tous vivants, accouchements normaux, pas de fausse couche. Aurait, chaque fois, été réglée jusqu'au 4^e mois de sa grossesse.

Lors du 1^{er} examen, dit être enceinte de 4 mois, et, depuis le début de sa grossesse, pertes sanguines, en dehors de l'époque des règles, et abondantes. Pertes rousses et très fétides, douleurs lombaires, ganglions inguinaux petits et durs. Pas de colostrum ni de souffles fœtaux, abdomen proéminent, pigmentation des aréoles des seins.

Au spéculum, petite masse rouge, bourgeonnante et fongueuse sur la lèvre antérieure du col. Au toucher, zone indurée autour de la masse et le doigt revient chargé de sang et de débris épithéliaux. Culs-de sacs souples, mais utérus immobile dans le bassin.

On hésite entre fibrome ou grossesse avec cancer du col : on fait l'amputation du col.

4 mois après la malade revient à l'hôpital en travail; état général mauvais, amaigrissement, teinte jaune paille. Elle se plaint d'une sciaticque droite très douloureuse.

Opération césarienne. — Effectuée de suite, puis hystérectomie abdominale totale. Enfant vivant, mort 1 heure après.

Guérison opératoire, mais mort de cachexie cancéreuse onze mois après l'opération.

Obs. 81. — KERR. — *Brit. med. journ.* 1904, novembre, p.1312.

Femme de 30 ans. IV^e pare. 38^e semaine de grossesse. Hémorragies abondantes. A l'examen, nodosités dures sur la lèvre antérieure du col qui admet deux doigts; lèvre postérieure moins envahie. Dès son entrée à l'hôpital, douleurs qui font hâter l'intervention.

Opération. — Amputation du col par le vagin, et ligature. des utérines. Puis césarienne abdominale : enfant asphyxié. Ablation du reste de l'utérus par l'abdomen.

Suites opératoires. — Mort en 5 jours de péritonite.

Obs. 82. — TRUZZI. — *Atti della Soc. ital. di ost. e gin.*
Vol. X, 1904, p. 204.

B. S. 34 ans. 12 grossesses antérieures dont 3 avortements. Dernières règles le 20 novembre 1903. Pendant la grossesse, hémorragies intermittentes, plus ou moins abondantes, alternant avec des pertes blanches, fétides depuis quelque temps. On fait le diagnostic de placenta prævia.

Examen. — Sur la lèvre antérieure du col, tumeur végétante friable, saignant beaucoup au toucher. Légère infiltration des paramètres et des ligaments utéro-sacrés. Enfant vivant.

Opération. — Césarienne abdominale; enfant vivant. Suture rapide de l'utérus. Section et ligature des ligaments ronds et

utéro-ovariens, décollement de la vessie. Fermeture de l'abdomen. On achève l'hystérectomie par voie vaginale, avec une très grande facilité.

Enfant mort le 2^e jour (1.420 grammes).

Guérison de la mère.

Obs. 83. — JÖDICKE. — Th. Leipzig, 1903.

Femme de 45 ans. Cancer opérable de la lèvre antérieure du col. **Pas** de dilatation au moment du travail.

Opération **césarienne** et hystérectomie totale.

Enfant vivant. Guérison **de la mère**.

Obs. 84. — KÜSTNER. — *G. f. gyn.* 1906, n° 37, p. 1025. (*Soc. gyn. de Breslau*, 11 juillet 1905).

Femme E... B. 37 ans. VIII^e pare. Actuellement à terme. Cancer étendu des deux côtés jusqu'à la paroi pelvienne.

Opération césarienne : enfant vivant, mais mort au bout d'une heure (hématome intracrânien). Blessure de la vessie au cours de l'opération.

Guérison avec fistule vésico-vaginale.

Obs. 85. — FREUND. — In LEHMANN. — Th. Halle, 1908.

Femme de 32 ans. VI^e pare.

Hémorragies depuis 4 semaines; grossesse de 9 mois, tête mobile.

Examen. — Lèvre antérieure du col induré avec une ex-croissance polypoïde saignant facilement : lésion cancéreuse à l'examen microscopique. Le col est perméable au doigt.

Opération. — Césarienne abdominale et hystérectomie abdominale totale. Uretères libres, dégagement du col très facile. Pas d'hémorragie. Enfant vivant.

Guérison régulière. En bon état 3 ans après l'opération.

Obs. 86. — BUMM. — *Berl. Klin. Wochensh.*
1909, p. 1087.

Présentation d'un utérus gravide cancéreux avec césarienne préalable : incision sur le fond de l'utérus.

Obs. 87. — TROTTA. — *Arch. di. ost. e Gin.*
1906, avril, p. 193.

R. C... 28 ans. Réglée à 14 ans. Règles régulières. III^e pare. Depuis quelque temps, hémorragies, avec pertes blanches inodores.

Examen. — Grossesse à terme. Sur la lèvre postérieure du col, masse grosse comme une prune, de consistance uniforme, pédiculée, rouge vif, non saignante à l'examen quoique fortement vascularisé. Le microscope tranche le diagnostic : adéno-carcinome.

Opération. — Laparotomie. Césarienne. Enfant vivant. Hystérectomie selon Wertheim.

Guérison. — 15 mois après, pas de récurrence; simples granulations inflammatoires au fond du vagin. (Examen microscopique).

Obs. 88. — QUEIREL. — *Rev. prat. d'obs. et pæd.*,
1909, p. 161.

Femme ayant eu des hémorragies durant toute sa grossesse. Enceinte de 8 mois. Au toucher, col ulcéré et complètement envahi par l'induration.

Au début des douleurs, la dilatation s'arrêtant à 50 centimètres, on fait une césarienne abdominale : enfant vivant de 8 mois et demi environ. Puis amputation utéro-ovarienne de Porro.

Hémorragie dans le Douglas, venant d'une branche de l'utérine, en plein tissu néoplasique, impossible à lier ou à pincer. De plus, déchirure de la paroi postérieure du segment

inférieur, en plein néoplasme. Donc, hystérectomie totale abdominale.

Mort avant le réveil.

Obs. 89. — GINSBURG. — Th. Berlin, 1909.

Femme H... 33 ans. Régée à 16 ans. VIII^e pare. Dernières règles le 15 janvier 1906; depuis mars, légères hémorragies continuelles; depuis 1 mois, hémorragies plus fortes, sans odeur; pertes blanches depuis le début de l'année. Ni douleurs ni amaigrissement.

Examen. — Fond de l'utérus aux fausses côtes. Présentation du sommet, tête mobile. Au spéculum, à gauche sur le col, on voit une ulcération irrégulière, grosse comme une pièce de 5 pfennigs. Tandis que la portion droite du col est souple, le côté gauche est rigide et saigne au moindre examen.

Opération. — Césarienne abdominale et Wertheim. Enfant vivant.

Suites normales. — Sans récédive.

Obs. 90. — LIEPMANN. — *Zentr. f. gyn.*, 1907, n^o 11, p. 314.

L'auteur rapporte à la Soc. d'obs. et de gyn. de Berlin l'observation d'une femme ayant subi une opération césarienne suivie d'un curage complet du bassin pour cancer. Enfant vivant. Ganglions gros comme des prunes, des deux côtés. Opération très simple. Ni curetage ni cautérisation. Fermeture du vagin par dessus le cancer. A la fin de l'opération, 5 litres de sérum, ressortant par un drain vaginal métallique provisoire. 80 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique, prophylactiquement.

Suites régulières. — Se lève au 21^e jour. Pas de fièvre. Phlébite en voie de guérison.

Obs. 91. — STONE. — *Amer. J. of obs.*, 1908, décembre.

M. T..., entre au Colombia hospital le 3 juin 1907. Son histoire est la suivante. Agée de 33 ans. Grossesse de 6 mois. A eu 9 enfants, le dernier il y a 18 mois. Règles peu abondantes. Depuis 2 mois, pertes irrégulières, persistantes. Aspect général fatigué, cachectique. L'enfant est vivant, et présente des mouvements actifs vigoureux.

L'examen du ventre révèle une grossesse normale. Col volumineux; dur au toucher, jusque dans le canal cervical. Diagnostic : cancer du col, confirmé par l'examen au spéculum et par le microscope.

Intervention. — Ablation de l'utérus et des annexes avec autant de paramètre que possible. L'utérus ne fut pas ouvert pour sortir l'enfant jusqu'à ce que la pièce soit dans les mains de l'assistant. Recherche soigneuse des ganglions pris; dissection des ligaments larges et du tissu cellulaire le long des vaisseaux et des uretères, sans découvrir de ganglions ni de foyer métastatique.

L'enfant vécut deux heures après l'ablation de l'utérus.

Examen microscopique. — Epithélioma à cellules plates, semblant limité au col.

La malade se porte bien un an après l'opération.

Obs. 92. — VEIT. — In LEHMANN, — Th. Halle, 1908.

J. B., 36 ans, 6 accouchements normaux, le dernier il y a 3 ans. Régulée régulièrement depuis l'âge de 19 ans. Dernièrement, hémorragies et douleurs.

Examen. — Fond de l'utérus entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Kyste au niveau du clitoris. Ulcération sur l'orifice externe du col, surtout étendu sur la lèvre postérieure. Le col laisse pénétrer un doigt, qui sent le canal cervical infiltré et tuméfié jusqu'à l'orifice interne.

Diagnostic. — Grossesse de 8 mois, cancer du col, hypertrophie du clitoris.

Opération. — Grattage des fongosités et tamponnement au formol. Césarienne abdominale puis hystérectomie abdominale totale. L'urètre droit, sectionné par erreur, fut suturé à la vessie qu'on ferme par deux sutures en étages.

Suites opératoires normales.

Récidive probable, 1 an après, d'après l'examen du médecin de la malade.

Obs. 93. — VEIT. — *Idem.*

Mar. M., 28 ans, 9 accouchements avec 4 morts-nés. Actuellement enceinte; depuis les 4 premiers mois de sa grossesse, hémorragies durant souvent plusieurs jours, la dernière perte a eu lieu il y a 1 mois.

Examen. — Grossesse à terme; lèvre antérieure du col dure, épaissie, ulcérée; envahissement du vagin.

Opération. — Césarienne abdominale : enfant vivant; un peu de méconium se répand dans l'abdomen. Au cours de la dissection, on fait au vagin une petite blessure (1 pfennig).

Suites normales. — Guérison.

Obs. 94. — VEIT. — *Idem.*

E.D. 36 ans. XII^e pare dont 1 avortement. Bien réglée depuis 16 ans jusqu'à son mariage. Depuis le début de cette 12^e grossesse, hémorragies augmentant d'intensité depuis 6 mois. L'enfant remue depuis 4 mois environ.

Examen. — Utérus à terme; ulcération sur la lèvre antérieure du col qui est perméable au doigt.

Diagnostic. — Grossesse à terme et cancer du col.

Opération. — Césarienne abdominale, enfant vivant. Hystérectomie abdominale; pas de ganglions, uretères libres. Ligaments utéro-sacrés très infiltrés. Blessure de la vessie avec les pinces de Wertheim. Suture à la soie.

Guérison.

Obs. 95. — CESTAN ET AUDERERT. — In GRIMOUD. — *Arch. médic. de Toulouse*, 1907, 15 septembre.

Femme de 38 ans. IV^e pare. Grossesse de 7-8 mois. Leucorrhée et métrorragies au cours de la grossesse. Col dur, néoplasique, couvert de granulations.

Césarienne classique abdominale : extraction d'un fœtus vivant pesant 2.250 grammes.

Puis hystérectomie abdominale totale ; grosse infiltration des paramètres ; uretères difficiles à repérer. On craint d'avoir sectionné l'uretère gauche, mais le temps pressant on ne peut s'en rendre compte.

Pas d'urines jusqu'au lendemain de l'opération ; laparotomie secondaire. L'uretère gauche est trouvé sectionné : on libère son bout central qu'on fixe à la vessie. L'uretère droit a été lié avec l'utérine de ce côté : on le sectionne et on fait une seconde uretéro-cysto-néostomie. Sonde vésicale à demeure.

Dans les jours suivants, un peu d'urines ; aucun signe de péritonite. Mort 11 jours après l'opération de pyonéphrose.

Obs. 96. — CRAMER. — *Monats. f. geb. u. gyn.*,
Bd. 27, p. 284.

C..., relate une césarienne classique, suivie d'une hystérectomie abdominale totale pour cancer du museau de tanche. Guérison. La mère nourrit elle-même son enfant.

Obs. 97. — OPITZ. — *Zentr. f. gyn.*, 1908, n^o 42, p. 1.378.

Opitz présente un utérus puerpéral avec un cancer étendu sur la lèvre postérieure du col. Dans ce cas, à cause de l'odeur fétide du liquide amniotique, on fit une césarienne extra-péritonéale suivie de l'hystérectomie abdominale totale, selon le procédé de Bumm.

Obs. 98. — MAREK. — In *Zentr. f. gyn.*, 1909, n° 10, p. 357.

Grossesse presque à terme. Césarienne classique suivie d'une hystérectomie abdominale totale. Enfant vivant. Guérison de la mère. Mort au bout de quelques mois par cachexie cancéreuse.

Obs. 99. — DÖDERLEIN. — *Soc. gyn. de Munich.*
(29 oct. 1908). In *Zent. f. gyn.*, 1909, n° 14, p. 481.

Grossesse à terme. Opération césarienne, enfant vivant; Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Obs. 100. — GRÄFENBERG. — *Zentral. f. gyn.*, 1909, n° 21.

Femme de 30 ans, presque à terme. Pertes légères depuis 14 jours.

Examen. — Ulcération profonde et bourgeonnante au niveau du col, s'étendant jusqu'à la lèvre postérieure. Les paramètres semblent indemnes.

Opération. — Césarienne abdominale, enfant vivant. Délivrance et fermeture provisoire de l'utérus par des pinces. Hystérectomie totale typique. Ablation de ganglions à droite contre la paroi pelvienne.

Suites opératoires. — Cystite. Guérison.

Deux mois après infiltration dans la cicatrice, à droite.

Obs. 101. — GRÄFENBERG. — *Zentr. f. gyn.* —
1909, n° 21, p. 718.

F. Kl... 40 ans. 12 enfants. Règles régulières.

Dès le début de sa grossesse, hémorragies irrégulières, qui cessent dans la seconde moitié de la grossesse. Pas d'amaigrissement. Quelques douleurs.

A l'examen, grossesse à terme, enfant vivant. Le col est envahi par une ulcération dure, irrégulière. Envahissement

des culs-de-sacs vaginaux et de la cloison recto-vaginale, très infiltrée. Les ligaments larges semblent libres. Le col laisse facilement pénétrer un doigt, et on sent la tête.

Opération. — Césarienne : enfant vivant. Délivrance.

Fermeture de l'utérus avec des pinces et ablation totale suivant la méthode élargie. Ganglion le long des vaisseaux iliaques à droite; petits ganglions sur la paroi pelvienne à gauche

Guérison. Sort au bout de 23 jours.

Pas de récédive 4 mois après.

Obs. 102. — GINSBURG — Th. Berlin, 1909.

Femme I. H., 35 ans, VI^e pare. Réglée à 15 ans, Dernier accouchement à 33 ans. Accouchements spontanés et faciles. Dernières règles le 22 mars 1908; premiers mouvements du fœtus le 15 juillet. Début du travail le 13 novembre: travail régulier pendant 24 heures. Le 14 novembre au soir, césarienne abdominale puis hystérectomie totale (procédé de Wertheim) pour cancer du col. Enfant vivant. Petite hémorragie les 2 jours suivants. Au dire de la malade, il n'y a pas eu d'hémorragie depuis le 2^e mois de la grossesse; fatigue et amaigrissement.

Mort par hémorragie secondaire 15 jours après.

Examen des pièces. — Vagin béant. Col entouré de masses cancéreuses friables et saignantes, qui s'étendent à gauche jusqu'à la paroi du vagin et forment un anneau serré autour de l'orifice externe. Utérus augmenté de volume, correspondant à une grossesse à terme. Paramètre libre à droite, infiltré à gauche jusqu'à la paroi pelvienne.

Obs. 103. — GAIFAMI. — *La Ginecologia*, 1909, août.

Femme, IV^e pare. Grossesse à terme. Pertes continues, mais peu abondantes. A l'examen : col perméable, tête mobile ; sur la lèvre postérieure du col, zone infiltrée, irrégulière, sai-

gnante; l'examen microscopique en montre la nature cancéreuse.

Opération césarienne classique, sans attendre le travail, suivie de l'hystérectomie totale selon Wertheim.

Obs. 104. — JEANNIN et BRAC. — *Bull. Soc. obs.*,
1909, p. 340-342.

M..., 33 ans, 2 grossesses normales. Actuellement à terme, n'a pas consulté durant sa grossesse. Il y a 3 semaines, la nuit, pertes brusques de sang pur, abondantes, cédant au repos. Il y a 2 jours, nouvelles hémorragies, et en même temps, début des douleurs.

Examen. — Douleurs subintrantes avec contractions utérines, col entr'ouvert, dilaté comme une pièce de 2 francs environ; à un toucher superficiel, on croit trouver dans une certaine irrégularité du col, bourgeonnant, que l'on prend pour un bord placentaire, l'explication des hémorragies. Après quelques heures, la femme perd moins. Le travail n'avancant pas, nouvel examen. On trouve le col irrégulier, ouvert en ectropion; il est le siège de végétations bourgeonnantes qui l'intéressent dans toute sa portion vaginale. Celles-ci prédominent sur la lèvre postérieure, qu'une déchirure ancienne à gauche isole partiellement de la lèvre antérieure. L'infiltration s'étend sur la face externe du col, et remonte jusqu'au cul-de-sac postérieur sur lequel elle empiète légèrement. Les membranes sont rompues depuis la veille.

Intervention. — Chloroforme et position inclinée. Laparotomie. Extériorisation de l'utérus.

1° Césarienne. Enfant de 3.500 grammes qui crie de suite; on enlève le placenta, et 3 fils de soie rapprochent la plaie utérine.

2° Colpo-hystérectomie : Pincés de Museux pour attirer l'utérus. Ligature et section des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds. Décollement très large de la vessie; section des ligaments larges; le vagin étant isolé, on le coupe le

plus bas possible pour bien dépasser les limites du néoplasme.

Fermeture du vagin et ligatures. Suture abdominale. Drainage abdominal.

Suites opératoires. — Assez heureuses, pas de fièvre. Cicatrisation 3 semaines après l'intervention. Quitte le service en excellent état; cicatrice souple au fond du vagin.

Enfant va bien.

(*On ne fit pas le Wertheim en raison de l'état d'épuisement de la malade*).

Obs. 105. — GINSBURG. — Th. Berlin, 1909.

Femme S... M... 33 ans. Réglée à 14 ans; 1 accouchement; 3 avortements, le dernier en janvier 1908. Opérée il y a 7 ans pour une retroversion.

Depuis le début de sa grossesse actuelle, hémorragies continues. Entre à l'hôpital le 20 février 1909.

Examen. — L'orifice externe admet 1 à 2 doigts. Tout le col est envahi par une infiltration cancéreuse, qui saigne à l'examen; l'orifice interne, sur lequel le doigt arrive facilement, se laisse bien dilater, tandis que le col, cancéreux et rigide, oppose au doigt une énergique résistance. Paramètre libre.

Opération. — Césarienne. Hystérectomie selon Wertheim.

Suites heureuses.

Examen des pièces. — Utérus du volume d'une tête d'enfant. Le cancer a détruit le côté droit du col; le côté gauche est entièrement conservé.

Obs 106. — STAUDE. — *Deutsche. med. Wochensch.*
1909, n° 97, p. 1633.

Femme ayant un cancer du col. Grossesse à terme; le travail est commencé. Les membranes sont rompues.

Césarienne abdominale, puis hystérectomie abdominale totale, le placenta étant encore dans l'utérus.

Mort par embolie quelques jours après.

Obs. 107. — KRÖMER. — *Zentr. f. gyn.* 1909, n° 17, p. 599.

Hystérectomie abdominale après césarienne abdominale. Infection : la malade n'est pas encore guérie. Krömer insiste sur le danger de la césarienne et préfère enlever rapidement l'utérus fermé : la césarienne comme premier temps n'est pas indispensable.

C. — Hystérectomies abdominales totales dans le post-partum.

Obs. 108. — ZWEIFEL. — *Vorles. üb. Klin gyn.*, p. 317.

Femme à terme, en travail depuis 2 jours. Cancer du col qui empêche toute dilatation. Incision du col, au niveau des masses cancéreuses; hémorragie. Extraction d'un enfant vivant.

Le lendemain, hystérectomie totale : voie abdomino-vaginale. Femme très choquée par la perte de sang, sérum intra-veineux.

Morte 28 jours après de volvulus du rectum avec gangrène.

Obs. 109. — GLOCKNER. — *Beitr. f. geb. u. gyn.*, VI, p. 214.

Ru..., 35 ans; 5 accouchements normaux. A fait une fausse couche de 3 mois, il y a 3 semaines.

Examen. — Cancer du col (diagnostiqué au moment de la fausse couche). Pyosalpinx à gauche, salpingo-ovarite à droite.

Opération. — Amputation supra-vaginale par laparotomie. Extirpation du moignon par le vagin. Ligature, fermeture du péritoine.

Guérison opératoire; pronostic réservé au point de vue récidive.

Sans récidive, 8 ans et 3 mois après l'opération.

Obs. 111. — KOUWER. — *Zentr. f. gyn.* 1903, n° 10, p. 308.

Présentation d'un utérus puerpéral avec cancer, extrait par laparotomie un jour après l'accouchement. Guérison régulière. Sur les deux jumeaux, un seul a survécu.

Obs. 112. — GINSBURG — Th. Berlin, 1909.

Femme K., 40 ans. Aucun antécédent. Réglée à 16 ans. 15 accouchements, normaux. Dernières règles du 16 au 24 septembre 1905. Consulte son médecin pour de fortes hémorragies. Le médecin qui l'a accouchée, lui conseille de se faire opérer pour un cancer du col; les pertes continuent, irrégulières.

Opération. — Mort par shok à la suite d'une hémorragie, 6 heures après l'opération.

Examen des pièces. — Cancer du col, pas de ganglions: Anémie, hydronéphrose, dégénérescence graisseuse du cœur, infactus hémorragiques des poumons; thrombose des deux veines hypogastriques.

Obs. 113. — WAGNER. — *Zentr. f. gyn.*, 1905, n° 13, p. 1100.

Wagner rapporte l'observation d'une femme de 40 ans, IV^e pare, ayant eu des pertes sanieuses pendant les suites de couches. Température (39°8) le 6^e jour; pouls à 130.

Diagnostic. — Cancer du col et infection utérine.

Hystérectomie totale. Guérison. Chute de température en 8 jours.

Obs. 114. — BERNIUS. — Th. de Giessen, 1905.

Femme de 39 ans. Cancer au début de la lèvre antérieure du col. Accouchement long et laborieux, mais cependant spontané. A la suite, hystérectomie abdominale totale.

Obs. 115. — OBERLÄNDER. — *Monats. f. geb. u. gyn.*
Bd. 28, p. 361.

Femme de 31 ans. III^e pare, cachectique. 4 semaines auparavant accouchement difficile, mais spontané d'un enfant vivant. Les pertes duraient depuis 3 mois. A l'examen, cancer en chou-fleur, gros comme le poing, implanté sur le museau de tanche, et ayant envahi le vagin en arrière.

Opération. — 10 jours après cautérisation et tamponnement vaginal. *Hystérectomie abdominale totale* avec ablation d'une portion du vagin, et extirpation d'un ganglion hypertrophié.

Guérison, et sans récurrence 2 ans et un mois après.

Au microscope, il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux du col.

Obs. 116. — JARDINE. — *Zent. f. gyn.*, 1907, n° 146,
p. 1452.

Femme de 34 ans. VI^e pare. A terme. Pendant sa grossesse, quelques pertes légères. Col dilaté comme 1 mark. La lèvre postérieure présente une infiltration cancéreuse; l'opération radicale était indiquée, mais la malade tousse à un point qui empêche l'anesthésie. Donc : dilatation manuelle du col; hémorragie légère. Tamponnement utérin. Suites de couches normales.

Trois semaines après, hystérectomie totale, vagino-abdominale, procédé que l'auteur trouve de beaucoup le meilleur.

Obs. 117. — THIES. — *Zentral. f. gyn.*
1907, n° 28, p. 875.

Femme de 23 ans. Multipare. Pertes depuis 6 mois, hémorragies dernièrement. Cancer du col, ayant envahi le vagin :

cas limité au point de vue opérabilité. Enceinte de 5 mois. Il y a 6 semaines, avortement spontané. Depuis, fièvre.

Opération abdominale. — Résection de l'urètre droit qu'on implante dans la vessie. On trouva un abcès dans la paroi utérine. On laissa un ovaire, étant donné le jeune âge de la malade.

Au bout de 16 jours, chute de la fièvre et mictions spontanées. Il y a encore une légère induration dans le vagin.

Obs. 118. — FLATAU. — *Zentral. f. gyn.*
1908, n° 8, p. 265.

Flatau présente un utérus puerpéral avec cancer du col et kyste de l'ovaire gros comme une orange. Extirpation complète par voie abdominale, après accouchement prématuré artificiel.

Obs. 119. — VEIT. — In LEHMANN. — Th. Halle, 1908.

Femme de 38 ans. 6 accouchements antérieurs. Avortement de 6 mois environ, il y a 2 mois.

Examen. — Ulcération irrégulière sur le col; utérus gros, mobile, antéfléchi. Un morceau de placenta sort par le col.

Diagnostic. — Cancer du col avec avortement incomplet.

Opération. — Hystérectomie selon Wertheim. Ligature des ligaments ronds et utéro-ovariens. Décollement de la vessie. Dissection le long des uretères. Ligature des utérines. Ganglions extirpés à la bifurcation des vaisseaux iliaques. Suture du vagin. Péritonisation. (Anesthésie à la stovaine lombaire).

Suites opératoires normales. — Bon état un an après.

Obs. 120. — GRÄFENBERG. — *Zentr. f. gyn.*, 1909, n° 21.

X... 35 ans. Multipare. Aucun amaigrissement. Au milieu de sa grossesse, hémorragie ayant duré 2 jours.

Examen. — Grossesse à terme, enfant vivant, tête engagée.

Col dilaté comme une petite paume de main; tumeur ayant envahi les deux lèvres et les culs-de-sacs en partie. Accouchement spontané sans grande hémorragie et délivrance normale. Enfant vivant.

Au microscope, épithélioma pavimenteux.

Ablation totale de l'utérus et des annexes, ainsi que des paramètres, et une grosse partie du vagin. Pas de ganglions malades.

Phlébite à gauche. Sortie au bout de 39 jours.

Obs. 121. — LARDELLI. — *Gynök. Rundschau*, 1910, I, p. 23.

M. M... 32 ans. IV^e pare. Règles régulières, abondantes; 4 accouchements normaux. Dernières règles il y a 2 mois. Depuis, douleurs abdominales et hémorragies, durant d'abord 2 jours, puis revenant abondamment.

A l'entrée. — Température 38°7, pouls régulier à 120; utérus gravide de 3 à 4 mois. Au toucher, col déchiré de multipare avec ulcération petite et dure sur la lèvre postérieure; paramètre et Douglas libres; diagnostic : avortement incomplet avec infection et début de cancer du col.

Les jours suivants, augmentation des signes d'infection, malgré le nettoyage de l'utérus.

Opération. — Deux jours après le premier examen, hystérectomie abdominale totale; péritoine intact, parametrium sans aucune infiltration. L'ulcération au microscope était bien cancéreuse.

Suites opératoires. — Bonnes; la fièvre tombe peu à peu. La malade sort un mois après.

Obs. 122. — J.-L. FAURE (1).

Femme de 37 ans. II^e pare. Grossesse actuelle normale. Ni leucorrhée, ni pertes fétides.

(1) Nous remercions M. le professeur P. Bar et M. le professeur agrégé J.-L. Faure, qui ont bien voulu nous autoriser à publier cette observation inédite.

Au début du travail, on trouve la partie droite de la lèvre antérieure du col volumineuse, dure, irrégulière, sans caractères nets au toucher. Ganglions dans l'aîne droite. L'accouchement et les suites de couches s'effectuent normalement. L'examen microscopique d'un fragment du col suspect, fait à la Clinique Tarnier, montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

La malade passe à l'hôpital Cochin 23 jours après son accouchement.

Hystérectomie totale selon Wertheim 28 jours après l'accouchement; opération régulière, très facile, sans aucun incident.

Mort 48 heures après, avec une température élevée et des signes de septicémie. Aucun symptôme de péritonite.

II. — Hystérectomies vaginales.

A. — Hystérectomies vaginales non précédées de césarienne.

Obs. 124. — THIEM. — In MOHR. — Th. Halle, 1889.

Utérus gravide de 2 mois et demi. Hémorragies. Douleurs dans le bas-ventre et dans les reins.

Cancer du col. Hystérectomie vaginale en août 1885.

Récidive et mort 2 ans et 9 mois après,

Obs. 125. — J. GREIGMITH BRISTOL, in *Lancet*, 1887, I, p. 14.

X .., 44 ans, 8 enfants. Grossesse de 6-8 semaines.

Tumeur en chou-fleur du col, saignant facilement et siégeant surtout sur la lèvre postérieure.

Hystérectomie vaginale. Pas de renseignements sur l'état ultérieur.

Obs. 126. — BRENNKE — In MOHR. — Th. de Halle, 1889.

X..., 38 ans, VIII^e pare. Grossesse de deux mois. Cancer de la lèvre antérieure du col étendu au canal cervical.

Hystérectomie vaginale en 1887.

Bon état deux ans après.

Obs. 127 — K. HENSE. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*, t. XLVI.

Femme de 36 ans. Cancer du col et grossesse de 2 mois.

Hystérectomie vaginale (Olshausen) en 1887.

Bon état 4 ans et demie après.

Obs. 128. — HOFMEIER. — In art. de KULTENBERG

Zeit. f. geb. u. Gyn., t. XXIII, p. 115.

F. E..., 36 ans. Cancer de la lèvre postérieure. Grossesse de trois mois.

Hystérectomie vaginale en 1887.

Bon état 4 ans 1/2 après.

Obs. 129. — LANDAU. — In. MOHR. — Th. Halle, 1889.

F. J., 32 ans. III^e pare. Grossesse d'un mois et demi; cancer du col.

Hystérectomie vaginale en 1887.

Guérison 13 ans après.

Obs. 130. — MÜNCHMEYER. — *Arch. f. Gyn.*, 1889, vol, 36, p. 443.

Münchmeyer rapporte un cas opéré par le Dr Korn :

F. W., VI^e pare. Non réglée depuis 5 semaines; douleurs dans le bas-ventre, hémorragies irrégulières. A l'examen, tumeur de la lèvre antérieure du col; utérus un peu mobile; paramètre peu souple à gauche; utérus augmenté de volume.

Hystérectomie vaginale; guérison régulière. Dans l'utérus, on trouve un œuf de 4 semaines.

Pas de récurrence 2 ans après.

Obs. 132. — BRENNER. — In MOHR. — Th. Halle, 1889.

H., 33 ans. 4 accouchements antérieurs. Grossesse de 3-4 mois.

Cancer du col ayant déjà envahi une partie de la paroi vaginale. Hystérectomie vaginale.

Récurrence 2 mois après.

Obs. 133. — KALTENBACH. — In MOHR. — Th. de Halle, 1889.

B., 39 ans, 10 accouchements antérieurs.

Grossesse de 4 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale.

Récurrence et mort 1 an et demi après l'opération.

Obs. 134. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*
1895, XXXVII.

Femme de 26 ans. Trois accouchements antérieurs.

Cancer de la lèvre antérieure et du canal cervical.

Hystérectomie vaginale en 1890; grossesse de 5 mois.

Bonne santé 6 ans après.

Obs. 135. — TAYLOR. — *Medical Record.*
1891, 28 février., p. 592.

Mrs. I. Y., 41 ans. IX^e pare. Le fond de l'utérus dépasse le pubis. Cancer du col : granulations, infiltration des tissus.

Hystérectomie vaginale avec pinces à demeure.

Suites opératoires excellentes.

Obs. 136. — M. A. SMITH. — *Amer. journ. of obstétr.*
1890, vol. 23, p. 941.

Mrs. C... 39 ans. IV^e pare. Hémorragies abondantes, presque continues même pendant la nuit. Cancer du col, saignant abondamment à l'examen; tamponnement vaginal serré au perchlorure de zinc. Vagin large, pertes jaunâtres sans odeur spéciale. Col ulcéré sur ses deux faces latérales. Utérus mobile, ligaments larges non infiltrés.

Curetage des fongosités 3 jours avant l'intervention, suivi d'injections vaginales au sublimé, à 1 p. 10.000.

Opération. — Après désinfection du vagin et des organes génitaux externes, on attire le col à la vulve par des pinces. Incision autour du col, au delà des tissus infiltrés, à 2 centimètres de l'orifice externe. Décollement du vagin au doigt et au bistouri, libération de la vessie et du vagin. Ouverture du cul-de-sac postérieur par où on introduit une compresse dans l'abdomen. Pince sur les ligaments larges, qui comprime les utérines. On ne peut attirer l'utérus en bas, en tirant sur les pinces du col. On dégage au doigt, le plus loin possible, les ligaments utéro-vésicaux. La bascule de l'utérus demande un grand effort et amène une hémorragie qui nécessite des pinces sur le côté droit. Pinces sur les ligaments larges. Ablation de l'utérus. Secondairement, on remplace les pinces par des ligatures.

Guérison après légères pertes vaginales jaunâtres.

Dans l'utérus, fœtus de 3 mois 1/2; placenta inséré sur tout le segment inférieur.

Obs. 137. — HOFMEIER. — In art de FRANQUÉ.
Zeits. f. geb. u. gyn. t. 44.

D..., 32 ans, VI^e pare. Depuis 9 mois, hémorragies. Tumeur cancéreuse de la partie droite du col. Grossesse de 2 mois.

Hystérectomie vaginale le 11 novembre 1891.

Récidive 9 mois après.

Obs. 138. — REUSING. — *Münch. med. Wochens.*, 1894, p. 846.

Eva D., 32 ans, VI^e pare. Grossesse de 2 à 3 mois. Hémorragies. Cancer en chou-fleur, gros comme une orange, de la lèvre postérieure du cul. Induration du paramètre gauche.

Hystérectomie vaginale (1891). Rien d'anormal. Guérison.
Récidive en 4 mois.

Obs. 139. — REUSING. — *Idem.*

M. B., 39 ans. IV^e pare. Lèvre postérieure du col infiltrée par une néoformation saignante. Utérus gravide de 2 mois antefléchi, mobile.

Hystérectomie vaginale (1892) typique et très facile. Guérison sans incident.

Morte 6 mois après d'affection pulmonaire.

Obs. 140. — BECKMANN. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*,
1896, t. 24, p. 51.

P., 47 ans, 5 accouchements antérieurs. Depuis le début de la grossesse, écoulement séro-sanguinolent. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale en novembre 1893 : l'utérus est gravide de 2 mois.

Récidive 1 an après (Hense).

Obs. 141. — LANDAU. — *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 18.

X., 49 ans, 10 accouchements antérieurs. Grossesse de 3 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale.

Récidive et mort 2 ans et demi après l'opération (Hense).

Obs. 142. — MACKENRODT. — In art de HERNANDEZ. — *Ann. gyn. et obstetr.* 1894, août.

X., 26 ans III^e pare. Grossesse de 2 mois. Cancer de la lèvre postérieure du col.

Hystérectomie vaginale.

Bon état un an après.

Obs. 143. — HOFMEIER. — In art. de HENSE.
Zeit. f. geb. u. gyn., t. XIII.

G., G., 30 ans, VIII^e pare. Hémorragies. Grossesse de 3 mois
Tumeur de la lèvre postérieure du col de la grosseur d'une petite pomme. Hystérectomie vaginale.

Récidive 6 mois après.

Obs. 144. — DOHRN. — In STOECKEL. — Th. Konisgberg, 1896.
(*Observation XVI*).

L., M., 26 ans, 3 accouchements, le dernier en 1894. Douleurs dans le ventre et les reins ; amaigrissement.

Examen. — Sur la lèvre postérieure du col, tumeur friable, saignant faiblement. Ligaments larges libres. Grossesse de 3 mois.

Hystérectomie vaginale en novembre 1894.

Récidive 1 an et demi après l'opération (Hense).

Obs. 145. — FEHLING. — *Münch. med. Wochensch.* 1897,
Bd. LXVII.

L., K., 29 ans, VI^e pare. Cancer du col et grossesse de 2 mois ; les ligaments larges sont libres.

Hystérectomie vaginale en 1894.

Bon état 5 ans et demi après.

Obs. 146. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. Gyn.*
1897, t. XXXVII.

X... primipare, 36 ans. Grossesse de 4 mois et cancer du col.

Hystérectomie vaginale en 1894.

Bonne santé 7 ans après.

Obs. 147. — REUSING. — *Münch. med. Woch.* 1894, p. 846.

G... G..., 38 ans, VII^e pare. Cancroïde de la lèvre postérieure gros comme une petite pomme. Utérus gravide de 4 mois, mobile; paramètres libres. Cautérisation de la tumeur au thermocautère.

Hystérectomie vaginale (1894) un peu pénible, avec hémorragie.

Guérison.

Obs. 148. — OLSHAUSEN. — In art. de HENSE. — *Zeitsch. f. geb. u. Gyn.*, t. XLVI.

X..., 37 ans, 7 accouchements antérieurs. Grossesse de 5 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale en novembre 1899.

Récidive 5 mois après.

Obs. 149. — PLAYFAIR. — *Trans. of the obs. soc. of London*
Vol. 37, 1895, p. 198.

L'auteur rapporte un cas qu'il a opéré par le vagin après cautérisation de la tumeur. Grossesse de 2 mois. Guérison.

Obs. 150. — FRITSCH. — In KUNSCHERT. — Th. Bonn, 1896.

X... 35 ans. IX^e pare. Grossesse de 2 mois et cancer du col.

Hystérectomie vaginale.

Pas de récidive 1 an après.

Obs. 151. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*, 1897, XXXVII.

F. Gütmacker, 39 ans; 7 accouchements antérieurs.
Cancer de la lèvre postérieure, étendu au vagin et au canal cervical. Grossesse de 6 mois.
Hystérectomie vaginale en 1896.
Sans récurrence, 7 mois après.

Obs. 152. — CHROBACK. — *Zentr. f. gyn.*, 1898, p. 726.

Cancer du col avec utérus gravide. Hystérectomie vaginale.
Deux ans après, récurrence dans la cicatrice.
Nouvelle intervention. Mort.

Obs. 153. — MACKENRODT. — Cité in th. de CONDAMIN.
Lyon, 1903-04.

X. 36 ans. VII^e pare. Enceinte de deux mois. Cancer du col.
Hystérectomie vaginale en 1897. Bon état 3 ans et demi après (Hense).

Obs. 154. — HOFMEIER. — In art. de FRANQUÉ. —
Zeits. f. geb. u. gyn., t. XLIV.

M. Br..., 39 ans, 3 accouchements antérieurs.
Depuis 3 mois, hémorragies irrégulières. Grossesse de 2 mois. Cancer du col en chou-fleur, ayant envahi les trois quarts du col.
Hystérectomie vaginale.
Récurrence 3 mois après.

Obs. 155. — PFANNENSTIEL. — In GAILLY. Th. de Lyon, 1899-1900.

X... 36 ans, multipare. Dernières règles en novembre 1896.
Pendant sa grossesse, hémorragies répétées. Grossesse de 6 mois.

Cancer du col, ayant un peu envahi la paroi vaginale postérieure.

Hystérectomie vaginale en avril 1897.

Récidive 1 an après (Hense).

Obs. 156. — LUDVIG. — *Zentr. f. Gyn.* 1899, n° 5 (*Soc. d'obs. et de gyn. de Berlin.*, 15 décembre 1898).

Y..., 33 ans. Grossesse de 4 mois. Hémorragies. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale, en novembre 1898.

Récidive et mort (Hense).

Obs. 157. — WINTER. — *Zeits. für geb. u. Gyn.* 1899, n° 306.

X... 32 ans. 2 accouchements antérieurs.

Cancer de la lèvre postérieure et grossesse de 5 mois.

Hystérectomie vaginale en 1899.

Bon état 21 mois après.

Obs. 158. — WINTER. *Zeitsch. für geb. u. gyn.* 1899, n° 353.

F. X..., 39 ans 9 accouchements antérieurs.

Utérus gravide de 3 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale.

Récidive un an après l'opération. Mort.

Obs. 159. — WERTH. — In GROS. Th. de Kiel, 1900.

Marie M..., 30 ans. III^e pare. Grossesse de 6 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale en novembre 1899.

Récidive un an et demi après.

Obs. 160. — DÖDERLEIN. — In SARWEY. — *Beitr. f. geb. u. gyn.* II, p. 178.

X..., 39 ans. VII^e pare. Grossesse de 4 mois. Cancer du col.
Hystérectomie vaginale en novembre 1900.
Pas de récurrence 4 mois après.

Obs. 161. — ERLACH et WOERZ. — *Sur l'extirpation vagin. de l'utérus cancéreux*, Vienne, 1901.

X... 40 ans. Grossesse de 4 mois. Cancer du col.
Hystérectomie vaginale.
Récurrence 3 ans et demi après.

Obs. 162. — ERLACH et WOERZ. — *Idem.*

X..., 43 ans. Enceinte de 6 mois.
Hystérectomie vaginale. Récurrence en 1 an.

Obs. 163. — ERLACH et WOERZ. — *Idem.*

X..., 33 ans. Grossesse de plus de 6 mois. Cancer du col.
Hystérectomie vaginale. Récurrence et mort 2 ans après.

Obs. 164. — ERLACH et WOERZ. — *Idem.*

X..., 44 ans. Cancer du col. Grossesse?
Hystérectomie vaginale. Récurrence 6 mois après.

Obs. 165. — ERLACH et WOERZ. — *Idem.*

X..., 25 ans. VIII^e pare. Grossesse de 3 mois et cancer du col.
Hystérectomie vaginale. Récurrence et mort 2 ans après.

Obs. 166. — ORTHMANN. — *Monats. f. geb. und gynök*
Bd. XVIII.

V..., 28 ans. IV^e pare. Utérus gravide de 3 mois en rétroflexion. Col épaissi et induré sur la lèvre postérieure. Vagin un peu envahi.

Hystérectomie vaginale typique sans aucune difficulté.
Bon état 2 ans après.

Obs. 167. — ORTHMANN. — *Monats. f. geb. u. gyn.*
Bd. XVIII.

H... 39 ans. VII^e pare. Grossesse de 2 mois; col très épaissi
sur la lèvre postérieure; annexes et paramètres libres.

Hystérectomie vaginale typique sans difficulté.

Bon état 1 an après.

Obs. 168. — NIJHOFF. (*Soc. hollandaise de gynécol.*) —
in *Zentr. f. gyn.* 1903, n° 10, p. 308.

Présentation d'un utérus gravide de 4 mois, avec cancer de
la lèvre postérieure du museau de tanche. Femme multipare
de 34 ans. Hystérectomie vaginale. Guérison retardée par une
phlegmatia.

Obs. 169. — CONDAMIN. — *Ann. gyn. et obs.*, 1905,
mars, p. 134.

F. Ch., VI^e pare. Grossesse de 3 mois. Épithélioma du col,
(diagnostic confirmé par le microscope).

Hystérectomie vaginale suivant le procédé de Condamin,
c'est-à-dire avec section du cul-de-sac postérieur comme der-
nier temps. Guérison.

Cicatrice vaginale souple 17 mois après.

Obs. 170. — SCHRÖDER. *Soc. de gynécol. de Wurz-
bourg.* — *Zentr. f. gyn.* 1903, n° 29, p. 889.

Présentation d'un utérus gravide de 2 mois, avec cancer du
museau de tanche, extrait par la voie vaginale.

Obs. 171 — CONDAMIN. — *Ann. gyn. et obst.*
1905, mars, p. 135.

F. G... 30 ans, multipare. Grossesse de 4 mois et demi et epithelioma de la lèvre antérieure du col (confirmé histologiquement).

Hystérectomie vaginale selon le procédé de Condamin.
Suites opératoires normales. Récidive?

Obs. 172. — CONDAMIN. — Th. de Lyon, 1903-04.

X..., multipare, entre pour des hémorragies vaginales irrégulières.

Au toucher, col bourgeonnant, friable; diagnostic : cancer du col. Grossesse probable de 2 mois.

Opération. — Hystérectomie vaginale par hémisection de la paroi antérieure et bascule du corps utérin dans le vagin, après extirpation d'un œuf de 2 mois environ.

Mort en 3 jours de septicémie.

Obs. 173. — ROSENSTEIN (*Soc. gynéc. de Breslau*). —
Zentr. f. gyn., 1905, n° 25, p. 792.

Présentation d'un utérus gravide de 2 mois avec cancer du museau de tanche, extrait par hystérectomie vaginale. Guérison.

Obs. 174. — NAGEL. — In KREPS. — Th. Berlin, 1905.

Cancer du col. Grossesse au début.

Incision circulaire du vagin en avant, décollement et refoulement de la vessie en avant, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, ligature des ligaments larges. Incision du canal cervical et de la paroi antérieure de l'utérus. On enlève l'œuf de l'utérus, on attire l'utérus en bas sans difficulté. On termine les ligatures des ligaments larges. Fermeture presque complète du péritoine et du vagin. Drainage et gaze iodoformée.

Guérison. — Pas de récidive 6 mois après.

Obs. 175. — GINSBURG. — Th. Berlin, 1909.

Femme F..., 23 ans. IV^e pare. Réglée à 16 ans, peu régulièrement. Accouchements normaux, le dernier en 1904. Dernières règles le 21 octobre 1904. Depuis 2 mois, pertes jaunâtres et fétides; depuis un mois, douleurs dans les reins et le bas-ventre, plus accentuées depuis une semaine.

Examen. — Col en forme de champignon, avec des crevasses indurées, comme cicatricielles, donnant un aspect irrégulier, mais saignant à peine à l'examen. Au spéculum, col exulcéré, sans tumeur ni ulcération véritable. Utérus gros comme le poing; sa mobilisation est douloureuse; à gauche, tumeur annexielle douloureuse. Examen des paramètres très douloureux.

Opération. — Hystérectomie vaginale.

Obs. 176. — FEHLING. — In HEID. — Th. Strasbourg, 1907.

Femme de 28 ans, IV^e pare. Grossesse de 5 mois. Depuis 2 mois, hémorragies continues, surtout après le coït. Aucune douleur. A l'examen, on trouve le museau de tanche envahi par un cancer, ayant envahi la paroi droite et postérieure du vagin, et saignant à l'examen. Utérus augmenté de volume; en antéflexion, encore mobile; les paramètres et le Douglas sont un peu résistants au doigt.

Opération. — Hystérectomie vaginale totale. Après grattage des fongosités et cautérisation au formol, incision circulaire autour du col, décollement facile de la vessie; ouverture du Douglas, ligature des deux utérines. Ouverture du péritoine antérieur. On ne peut attirer en bas l'utérus non ouvert; incision de sa paroi antérieure; les membranes se rompent d'elles-mêmes. On incise d'une façon continue la paroi utérine antérieure, et on peut ainsi, en l'ouvrant peu à peu, le luxer au devant du vagin. Pincés sur les 2 ligaments larges. Ablation de l'utérus. Fermeture du péritoine; on laisse une

ouverture pour deux compresses iodoformées. Tamponnement vaginal.

Guérison retardée par une phlébite droite.

B. — Hystérectomies vaginales avec césarienne préalable.

Obs. 177. — ZINCKE. — *Amer. Journ. of obstetr.* 1894.
vol. 29, p. 828 (*Soc. obst. de Cincinnati*).

Mme. X..., 39 ans. Multipare. Cancer du col. On soupçonne une grossesse concomitante sans pouvoir porter un diagnostic ferme, à cause de *l'obésité* de la patiente.

Hystérectomie vaginale : libération du col. On s'assure que la malade est enceinte et, en incisant l'utérus on extrait un fœtus de 4 mois 1/2 environ. Guérison.

Mort 5 jours après.

Obs. 178. — ACCONCI. — *Riv. di. ostet.* octobre 1896.

Grossesse de 7 mois et cancer du col.

Incision circulaire autour du col, séparation de la vessie, ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Ouverture du Douglas; incision et hémostase des ligaments larges pour pouvoir abaisser l'utérus.

Incision médiane utérine en avant et en arrière, extraction par version. Délivrance.

Hystérectomie vaginale. L'hémorragie ne fut pas très considérable.

Obs. 179 — RECKMANN. — *Zentr. f. gyn.*, 1897, 27 novembre.

X..., 36 ans, XV^e pare. Hémorragies au cours de la grossesse. Grossesse de six mois. Cancer de la lèvre postérieure du col, envahissant un peu la paroi vaginale postérieure. Paramètres libres.

Césarienne vaginale par section de la lèvre postérieure du col : extraction du fœtus.

Hystérectomie vaginale. Suites favorables

Bon état 6 mois après.

Obs. 180. — SEIFFART. — *Zentr. f. Gyn*, 1898, n° 5.

L..., C..., 37 ans. Nombreux accouchements antérieurs. Dernières règles le 2 mars. Bon état, peu d'albumine.

Depuis 6 mois, hémorragies abondantes. Grossesse près du terme. Tumeur de la lèvre postérieure du col, transformée en une masse dure ; sur la lèvre antérieure, col élastiques et mou sur 2 cent. 1/2. Muqueuse vaginale et ligaments larges non touchés par le cancer.

Opération le 2 décembre. Cautérisation. Section en avant de la lèvre antérieure, séparation de la vessie. Section de la paroi antérieure du col et de l'utérus, jusqu'au niveau de la tête. Rupture de la poche des eaux. Forceps suivant le diamètre occipito-frontal, puis, quand la tête est descendue et a tourné, prise suivant le diamètre bi-temporal. Enfant en état de mort apparente, vite ranimé (4.000 grammes).

Hystérectomie vaginale consécutive. Mort en 2 jours.

Obs. 181. — CHROBACK. — *Zentr. f. Gyn*, 1897, n° 37.

N..., N..., 41 ans, IX^e pare.

Dernières règles en mars 1896. En avril, hémorragies irrégulières ; le 2 février 1897, sent les mouvements du fœtus. Avait jusque là ignoré sa grossesse. Hémorragies avec caillots, douleurs de reins.

Examen le 22 juin 1897. — Grossesse près du terme. Vagin rempli par une masse grosse comme un poing d'homme, ayant les caractères d'une tumeur cancéreuse, se laissant déchirer et saignant facilement. La malade est endormie, et on enlève la plus grosse partie de la tumeur ; on reconnaît alors une

tumeur de la partie droite et antérieure du col : la partie gauche était intacte; on pouvait sentir la poche des eaux. Cautérisation au thermo-cautère.

Version et extraction : enfant vivant de 2.520 grammes.

Le paramètre semble intact. Hystérectomie vaginale.

Récidive 6 mois après (Hense).

Obs. 182. — HEGAR, rapp. par ALTÉRTHUM
Zentr. f. Gyn., 1897, n° 27

X..., 43, VI^e pare. Enceinte de 6 mois, le fond de l'utérus remonte à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Extirpation du contenu de l'utérus, puis hystérectomie vaginale.

A l'examen, épithélioma pavimenteux du col.

Récidive en 3 ans et 9 mois (Hense).

Obs. 183. MITTERMAIER. — *Zentr f. Gyn*, 1898, n° 1.

X..., 43 ans, IX^e pare. Grossesse de sept mois. Cancer de la moitié gauche des 2 lèvres du col.

Césarienne vaginale : enfant mort peu après (1450 grammes).

Hystérectomie vaginale.

Bon état 3 ans et demi après.

Obs. 184. — MICHELINI. — *Ann. gyn. et obst.* 1899, p. 190.

Els... VII^e pare. Depuis un an, ménorrhagies suivies de leucorrhée jaunâtre, fétide ces temps derniers. Femme maigre, anémique. Date des dernières règles non précisée; sent mouvements actifs du fœtus depuis 3 mois 1/2 environ. A l'examen, présentation du sommet, enfant vivant. Ecoulement sanguinolent et fétide par le vagin qui est occupé par une masse néoplasique en chou-fleur, molle, saignant facilement. Vagin libre. On sent le canal cervical induré et infiltré; l'exa-

men amène une hémorragie nécessitant un tamponnement vaginal. Injections vaginales. Bains avant l'opération.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Excision du néoplasme aux ciseaux courbes, cautérisation au thermo. Pincés sur le col, incision circulaire du vagin; on détache la vessie; ouverture du péritoine vésico-utérin, en fixant par 4 points la péritoine à la paroi vaginale antérieure. Ouverture du Douglas, et fixation du péritoine à la paroi vaginale postérieure. Ligature et section de la base des ligaments larges. Incision médiane antérieure sur le segment inférieur de l'utérus; rupture des membranes, version et extraction faciles.

Hystérectomie vaginale facile. On fixe les moignons des ligaments larges aux bords de la plaie vaginale qu'on suture. Pansement iodoformé.

Guérison régulière.

Mort du fœtus (2.000 grammes) 2 heures après l'extraction.

Obs. 185. — KOTSCHAU. — *Zentr. f. Gynækol.*
1899, n° 42, p. 1287.

X... 40 ans. VII^e pare. Grossesse à terme et cancer du col. Césarienne vaginale; extraction par version d'un enfant vivant.

Hystérectomie vaginale facile et rapide.

Bon état 2 ans et demi après.

Obs. 186. — JORDAN. — *Zentr. f. gyn.* 1900, n° 2, p. 69.

Femme de 38 ans. IX^e pare. Hémorragies au cours de la grossesse qui est presque à terme. Le vagin est rempli par un cancer bourgeonnant de la lèvre antérieure du volume d'une orange. Les culs-de sacs semblent souples.

Cautérisation du cancer.

Puis césarienne vaginale : incision médiane antérieure du col; décollement de la vessie. Ouverture du Douglas. Puis

incision des deux parois utérines jusqu'au-dessus de l'orifice interne. Extraction de l'enfant par version; délivrance artificielle. Peu d'hémorragie.

On termine l'incision de la paroi antérieure on luxe facilement l'utérus en avant. Après pincement des 2 ligaments larges, on enlève des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire péricervical induré.

Suites opératoires normales.

Obs. 187. — JARHEIS. — *Zentr. f. gyn.*
1899, n° 13, p. 349.

X... II^e pare. Grossesse de huit mois et cancer de la lèvre antérieure, un peu étendu à la postérieure.

Césarienne abdominale (enfant vivant).

Hystérectomie vaginale.

Bon état 2 ans après.

Obs. 188. — SCHAUTA. *Zentr. f. gyn.*, 1898, n° 29.

X... Enceinte de 7 mois. Hémorragies avec caillots : cancer du col inopérable.

Césarienne vaginale : col tiré en bas ; incision circulaire autour du col. Séparation de la vessie, ouverture du péritoine postérieur. Hémostase et section des ligaments larges droit et gauche. Incision des parois antérieure et postérieure de l'utérus. Version. On achève l'ablation de l'utérus. L'enfant vécut peu de temps.

Récidive en 2 ans par un cancer à la vulve (Hense).

Obs. 189. — THORN. — *Münch. med. Woch.* 1899, n° 21.

H... 40 ans. VIII^e pare. Grossesse à terme. Cancer ulcéré de la lèvre postérieure ; vagin et paramètre libres.

Césarienne vaginale, suivie d'hystérectomie vaginale très facile. Enfant vivant.

Bon état 3 ans après.

Obs. 190. — WINTER. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*
1898, n° 397.

Anna B... 34 ans. 10 accouchements normaux. Dernières règles en novembre 1897. Depuis février 1898, hémorragies irrégulières et fréquentes, dernièrement caillots. Grossesse de 8 mois.

Sur la lèvre antérieure du col, tumeur grosse comme un œuf de poule, bosselée et friable. Lèvre postérieure et ligaments larges libres.

Opération. — Lèvres saisies avec des pièces, abaissement de l'utérus, curetage et cautérisation des fongosités. Ouverture du cul-de-sac antérieur sur la limite de la vessie : ouverture du cul-de-sac postérieur. Section des ligaments larges. Abaissement du col ; section médiane au thermo, sur la paroi antérieure. Rupture des membranes : extraction d'un enfant qu'on ne peut ranimer. On achève l'hystérectomie.

Récidive 6 mois après.

Obs 191. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*
Bd. 41, p. 311.

Femme, IV^e pare. Hémorragie au cours de la grossesse, qui est de 8 mois environ. Cancer du col ; lèvre postérieure saine. Lèvre antérieure très épaisse, dure. Col perméable pour un doigt.

Décollement de la vessie qu'on écarte du col. Incision de la paroi antérieure du col jusqu'un peu au-dessus de l'orifice interne. Version et extraction de l'enfant vivant.

Hystérectomie très facile, avec hémorragie légère. Toute la moitié droite du col est infiltrée.

Guérison régulière.

Obs. 192. — BAUMM. — In *Zentr. f. gyn.*
1899, n° 23, p. 670.

Grossesse de 7 mois. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale après césarienne vaginale, pour extraire l'enfant. Placenta laissé en place.

Obs. 193. — DÖDERLEIN. — In SARWEY. — *Hegar's Beitr. z. geb. u. gyn.* vol. II, p. 178.

H. Marie, 38 ans. X^e pare. Grossesse à terme. Enfant vivant. Cancer de la lèvre postérieure du museau de tanche qui est infiltré et grosse comme un œuf de poule. On décide de provoquer l'accouchement, que suivra une hystérectomie vaginale. Sonde dans l'utérus; la femme entre en travail, mais la dilatation est stationnaire 20 heures après.

Césarienne vaginale : incision médiane du col, après ablation de la tumeur au cautère électrique. Extraction au forceps. Hystérectomie vaginale en laissant le placenta en place; ligature sur les ligaments infundibulo-pelviens; pinces sur les ligaments larges. Tamponnement iodoformé : opération terminée en 20 minutes.

Guérison régulière en 3 semaines. Pas de récurrence 5 mois après.

Obs. 194. — SARWEY. — *Hegar's Beitr. z. geb. u. gyn.*, vol. II, 1899, p. 178.

V... Caroline, 38 ans. XV^e pare. Quelques hémorragies pendant sa grossesse, sans douleurs. Grossesse au début du 9^e mois. Enfant vivant, présentation du sommet. Cancer du museau de tanche, en chou-fleur, gros comme 2 poings.

Excision de la tumeur au galvano-cautère. Césarienne vaginale, amenant une hémorragie arrêtée par des pinces. Extraction par version. Hystérectomie vaginale en continuant l'incision utérine médiane antérieure; pinces, puis ligatures

sur les ligaments de chaque côté. Fermeture du péritoine et du vagin au catgut, en laissant une ouverture médiane pour un tamponnement iodoformé. On ne laisse qu'une pince à demeure du côté droit.

Guérison régulière en 3 semaines. Enfant vivant.

Obs. 195. — OLSHAUSEN. — In OPITZ. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1899, Bd. 41, p. 350.

Femme, XIII^e pare. Grossesse de 6 mois. Hémorragies depuis 3 mois. Tumeur en chou-fleur du museau de tanche. Désinfection du cancer au chlorure de zinc.

Incision du vagin et de la paroi antérieure du col; décollement de la vessie. Version et extraction d'un enfant de 900 grammes qui mourut rapidement.

Hystérectomie vaginale.

Guérison.

Obs. 196. — OLSHAUSEN. — *Zentr. f. gyn.*, 1899, n° 19, p. 572 (*Soc. d'obs. et de gyn. de Berlin*).

Grossesse de 9 mois et cancer de la lèvre antérieure du col. Césarienne vaginale : décollement de la vessie, incision médiane et antérieure dépassant l'orifice interne. Version et extraction d'un enfant vivant de 2.900 grammes.

Hystérectomie vaginale.

6 jours après l'opération, bon état de la malade.

Obs. 197. — WINTER — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1898, n° 397.

Rosa Sch..., couturière, 42 ans. 8 accouchements antérieurs, le premier il y a 18 ans; le dernier, il y a 1 an. Dernières règles fin janvier; en février, écoulement sanguinolent, puis hémorragies avec caillots, qui ont continué jusqu'à ce jour et ne cessent qu'au lit; puis douleurs dans les reins et le

bas-ventre. Dernièrement, grosseur dans la mamelle gauche, augmentant rapidement.

Examen. — Tumeur grosse comme une noix, très dure, sur le côté interne de la mamelle gauche; dessus, la peau est bleutée, envahie par la néoplasie; ganglions dans l'aisselle. Au toucher, sur le col, tumeur friable et saignante; dans le ligament large droit, noyau dur de la grosseur d'une noix; rien dans le ligament gauche.

Diagnostic. — Cancer du sein gauche, cancer du col, grossesse de 6 mois.

Opération. — Utérus attiré en bas par des pinces, facilement. Le cancer s'étend un peu sur le vagin du côté gauche: curetage et cautérisation des fongosités. On peut sectionner en tissu sain des deux côtés; décollement de la vessie, ouverture du cul-de-sac postérieur. Section et hémostase des ligaments larges. Ouverture du cul-de-sac antérieur. Incision du col sur la ligne médiane, jusqu'à l'orifice interne que le cancer ne dépasse pas. Rupture des membranes, version et extraction d'un fœtus vivant de 6 mois. L'hystérectomie s'achève sans difficulté.

Quelques jours après, extirpation du sein cancéreux et des ganglions.

Récidive du cancer utérin 4 mois après. Mort.

Obs. 198. — DELANGLADE. — *Ann. gyn. et obst.*,
1901, I, 272.

M., 27 ans, II^e pare. Grossesse de 4 mois. Col transformé en un énorme champignon.

Hystérectomie vaginale, après extirpation du fœtus par hémisection.

Récidive quelques mois après.

Obs. 199. — FRANK. — *Wiener. med. Wochensch.*
1901, n° 12, p. 562.

A. J... 30 ans. Aucun accident durant sa grossesse; se fait examiner pour savoir si elle est enceinte. A l'examen, on trouve une tumeur exulcérée et indurée sur la lèvre antérieure de l'orifice externe du col. Grossesse de 8 semaines environ. Utérus libre et mobile en tous sens. De plus, kyste de l'ovaire gauche. La malade quitte l'hôpital et ne revient qu'au moment des premières douleurs. Enfant vivant, présentation du sommet. Dilatation d'un thaler; le cancer a envahi par infiltration la paroi antérieure du col; la vessie ne semble pas envahie.

Incision vaginale circulaire. Décollement de la vessie. Incision du col en avant et en arrière. Extraction au forceps d'un enfant de 3.700 grammes. Délivrance artificielle.

Bascule de l'utérus en arrière, à travers le Douglas ouvert, ce qui arrête l'hémorragie. Hystérectomie vaginale typique.

Suites normales. Enfant vivant.

Obs. 200. — TAUFFER (de Budapest). — In *Zentr. für gyn.*
1904, n° 24, p. 778.

Tauffer opéra en 1900 un cancer du col avec grossesse de 8 mois. Les paramètres étaient infiltrés. Césarienne vaginale et hystérectomie vaginale : fistule urétérale. Récidive en 8 semaines.

Obs. 201. — MARECK. — Ref. in. *Zentr. f. gyn.* 1909,
n° 10 p. 357.

Grossesse à terme. Césarienne vaginale suivie d'hystérectomie vaginale. Enfant vivant. Guérison. Mort 15 mois après de récédive.

Obs. 202. — THORN. — *Munch, med. Woch.* 1904,
n° 46, p. 1609.

F. G... X^e pare. OEdème et néphrite depuis 6 semaines.
Arrivée à la clinique avec température et très mauvais état.
Cancer du col qui laisse passer un doigt. Incision du col.
Extraction du fœtus par version. Hystérectomie vaginale.
Issue du pus du péritoine. Mort 20 heures après.

Obs. 203. — ENRIQUE FORTIN. — *Ann. gyn. et obs.*,
1904, octobre.

X..., 31 ans, multipare.

Grossesse presque à terme et cancer du col étendu à la paroi
postérieure du vagin.

Opération : césarienne (enfant vivant) et hystérectomie
vaginale.

Pas de récurrence 2 ans après.

Obs. 204. — MERTTENS. — *Monats. für. geb. u. gyn.*
Bd. 13, p. 645.

L'auteur montre la pièce opératoire. Il s'agit d'une femme
enceinte de 6 mois ayant eu 3 accouchements antérieurs nor-
maux. Il y a 14 jours, pour la première fois, perte rosée. La
tumeur grosse comme une pomme, en chou-fleur, siégeait
sur la lèvre postérieure de l'orifice externe.

Opération par voie vaginale; incision circulaire autour du
col, pincement des deux utérines. Ouverture des culs-de-sacs
péritonéaux antérieur et postérieur, rupture des membranes.
Incision sur l'utérus, version et extraction d'un enfant vivant.
Extraction des plus faciles de l'utérus, contenant le placenta.

Guérison. Sortie 14 jours après.

Obs. 205. — CARSTENS. — *Amer. Journ. of obst.*
1902, vol. 45, p. 74.

Mrs D..., 26 ans. IV^e pare. Ablation du col en 1900. Guérison rapide, mais récidive : curetage et cautérisation par différents caustiques. Dernières règles en octobre. Consulte en février pour savoir si elle est enceinte ; à l'examen, grossesse de 4 mois et demi environ ; le fond du vagin est absolument fermé par du tissu cicatriciel, dans lequel on trouve deux nodules, récidives certaines du cancer. On décide l'hystérectomie vaginale.

Ouverture du col, aux ciseaux et au doigt. Extraction facile du fœtus ; délivrance par expression abdominale, amenant une hémorragie de quelques minutes ; puis l'utérus se contracte bien. Large incision autour du tissu cicatriciel, de façon à dégager les ligaments larges, sur lesquels on mit 2 pinces. Ouverture du cul-de-sac antérieur, bascule de l'utérus, pinces sur les ligaments larges et ablation avec les annexes.

Bonne guérison.

Obs. 206. — BUMM. — *Zentr. f. gyn.*, 1902, n° 52, p. 1417.

F... V..., 41 ans. VIII^e pare. Grossesse de 8 mois. Cancer du col. Rupture des membranes 24 heures avant l'entrée à l'hôpital. Présentation du sommet. Col perméable au doigt. mais non dilatable. Infiltration très étendue de la lèvre antérieure du col.

Incision de la lèvre antérieure du col jusqu'à l'orifice interne. Extraction par version d'un enfant vivant de 2.300 grammes. Incision de la paroi postérieure de l'utérus et ablation facile de l'utérus.

Fistule vésico-vaginale se fermant spontanément.

Récidive 3 mois après environ.

Obs. 207. — BUMM. — *Idem.*

P... G., 40 ans, X^e pare. Grossesse de 8 mois. Cancoïde de la lèvre antérieure.

Opération typique. Incision médiane antérieure du col, version, extraction d'un enfant de 2.250 grammes, mort une demi-heure après. Incision postérieure de l'utérus, ablation facile.

Suites opératoires régulières.

Obs. 208. — KALLMORGEN. — *Zentr. f. gyn.* 1902, n° 48, p. 1294.

E. F... 32 ans, VI^e pare, hémorragies au cours de sa grossesse. Aspect cachectique. Utérus très gros, femme à terme. Sur la lèvre antérieure du col, tumeur dure, irrégulière, ulcérée, de la grosseur d'une pomme, saignant à l'examen. La lèvre postérieure est cachée par la tumeur. Paramètres intacts.

Cautérisation du cancer au thermo. Incision circulaire autour du col et décollement de la vessie, décollement facile, comme tous les auteurs s'accordent à le dire, pour les cancers au cours de la grossesse. Incision médiane de la paroi antérieure de l'utérus jusqu'à l'orifice interne. Extraction facile de deux jumeaux ; délivrance manuelle.

Incision de la paroi utérine antérieure jusqu'au fond de l'utérus ; luxation de l'utérus en avant. Ligature des deux ligaments larges à la soie. Annexes saines laissées en place. Suture du péritoine et du vagin. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Guérison régulière. Mort des deux jumeaux en quelques jours.

Obs. 209. — WEBER. — *Zentr. f. gyn.*, 1902, n° 48, p. 1295.

A. I..., 39 ans, X^e pare ; hémorragies irrégulières depuis plusieurs mois. Grossesse à terme. Cancer du museau de

tanche de la lèvre postérieure, et étendu en arrière jusqu'au vagin. Lèvre antérieure et paramètres intacts. Enfant vivant, sommet non engagé.

On attire très facilement le col à la vulve. Ablation du cancer au thermo, ce qui détermine une hémorragie difficile à arrêter. Incision circulaire du col, décollement de la vessie au doigt, ouverture du cul-de-sac antérieur. Incision des parois utérines jusqu'au-dessus de l'orifice interne, ce qui cause des hémorragies nécessitant un tamponnement. Ligature de la base des deux ligaments larges. La main entrée dans l'utérus extrait par version un enfant de 2.300 grammes en état d'asphyxie. Délivrance manuelle.

Incision de l'utérus jusqu'au fond, suivant la technique de Doyen. Ligature des ligaments larges.

Suites opératoires : cystite légère.

L'enfant mourut 4 semaines après de gastro-entérite.

Obs. 210. — SCHROEDER. — *Zentr. f gyn*, 1902, n° 40, p. 1043.

M. P., 30 ans. V^e pare. Hémorragies depuis le début de sa grossesse, qui date de 6 mois. Sur la lèvre antérieure du col, ulcération grosse comme une pièce de 3 marks, indurée, saignant facilement. Paramètres intacts. Examen microscopique positif.

Cautérisation du cancer au thermo. *Incision de Schuchardt*. Incision circulaire autour du col en tissu sain; le vagin et la vessie se laissent facilement décoller. Ouverture des culs-de-sacs péritonéaux antérieur et postérieur. Ligature des 2 ligaments larges à leur base. Incision médiane de la paroi antérieure du col et de l'utérus. Extraction facile d'un enfant mort récemment. Luxation de l'utérus en avant. Ligature des 2 ligaments larges. On laisse en place les annexes saines. Suture du péritoine et de l'incision para-vaginale au catgut. Tamponnement vaginal.

Guérisson régulière. Cicatrisation de l'incision de Schuchardt par première intention.

Obs. 211. — NADORY. — *Zentr. für gyn.*, 1907,
n° 39, p. 1186.

S. B..., 33 ans. IV^e pare. Grossesse de 7 à 8 mois; hémorragies irrégulières, douleurs. Cancer de la lèvre antérieure du col, saignant facilement et ayant envahi le canal cervical. Enfant vivant.

Opération (1902). — Ablation de la tumeur au thermo; césarienne vaginale régulière: version, extraction, délivrance faciles; enfant vivant de 1.700 grammes. Hystérectomie vaginale: blessure de la vessie facilement suturée. Guérison régulière.

Obs. 212. — VON KNORRE (*Soc. des médecins de Riga*). —
In *Monats. für. geb. u. gyn.*, Bd. 19, p. 642.

Knorre rapporte deux cas de césarienne vaginale:

1° Le premier pour un cancer du museau de tanche; grossesse de 8 mois; enfant vivant de 1.100 grammes, mort rapidement.

2° Le second pour un cancer étendu du canal cervical, avec grossesse de 9 mois; enfant vivant de 2.238 grammes.

Les deux mères guérirent après une convalescence régulière.

Obs. 213. — NADORY. — *Zentral. f. gyn.*, 1907,
n° 39, p. 1186.

J. J., 38 ans. XIV^e pare. Hémorragies fréquentes depuis 9 mois. Grossesse de 6 mois, cancer opérable du museau de tanche.

Opération (1903). — Césarienne vaginale suivie d'hystérectomie vaginale régulières; enfant vivant (1.300 grammes) Guérison sans incidents.

Obs. 214. — NADORY. — *Idem.*

J. R., 33 ans. IV^e pare. Hémorragies depuis 4 mois. Grossesse de 8 mois; enfant vivant; cancer du museau de tanche et du vagin à la limite d'opérabilité.

Opération (1903). — En curetant la tumeur, on voit que le paramètre gauche est envahi. Césarienne vaginale, extraction au forceps, délivrance par expression. Hystérectomie vaginale avec ligatures. Enfant vivant de 2.000 grammes.

Mort 7 mois après.

Obs. 215. — FEHLING. — In HEID. — Th. Strasbourg, 1907.

Femme de 37 ans. VIII^e pare. Grossesse à terme; hémorragie au 3^e mois, qui ne se renouvelle pas.

A l'examen. — Obésité, grossesse à terme, enfant vivant. Cancer de la lèvre postérieure du col, qui est dure, infiltrée, saignante. Au spéculum, ulcération grosse comme une pièce de 5 francs. Lèvre antérieure indemne. Début de travail, col perméable à 2 doigts.

Opération deux jours après le début des douleurs. Césarienne vaginale à cause de l'obésité. Cautérisation de la tumeur, incision circulaire autour du col avec hémorragie.

Décollement de la vessie; on repousse le péritoine antérieur sans l'ouvrir. Incision de la lèvre antérieure du col. Extraction de l'enfant qui se présente par le siège et extraction du placenta par un aide qui ne participe pas au reste de l'opération.

On attire l'utérus par des pinces; ouverture du Douglas; ligature facile des paramètres grâce à la laxité des ligaments; luxation de l'utérus qui est très gros; pinces sur les ligaments, ablation de l'utérus; drainage.

Enfant vivant. Durée de l'opération : une heure 1/4 dont 3/4 d'heure pour la césarienne.

Guérison régulière. — Bon état 3 ans après.

Obs. 216. — TORH (de Budapest). — In *Zentr. für gyn.*
1904, n° 24, p. 778.

Femme de 27 ans, IV^e pare. Grossesse de 8 mois, pendant laquelle il y eut des hémorragies à plusieurs reprises. Vagin rempli par une tumeur de la lèvre antérieure du col, en chou-fleur : adéno-carcinome au microscope.

Ablation de la tumeur ; incision des parois antérieure et postérieure du col, après libération de la vessie.

Forceps : extraction d'un enfant vivant de 2.340 grammes ; délivrance artificielle. Hystérectomie vaginale typique avec ligatures.

Guérison des plus régulières.

Obs. 217. — J. JERIE. — Ref. in *Zentr. für. gyn.*
1905, n° 7, p. 222.

Femme de 40 ans. V^e pare. Grossesse à terme. Cancer du col ulcéré, paramètres libres. Malgré 24 heures de fortes douleurs, le travail n'avance pas.

Césarienne vaginale classique, suivie d'hystérectomie vaginale. Enfant vivant. Guérison de la mère.

Obs. 218. — SCHWARZWALLER (de Stettin). — *Berl. Klin. Woch.*, 1905, n° 10, p. 278.

Femme de 22 ans. Grossesse de 7 mois ; cancer du museau de tanche.

Césarienne vaginale suivie d'hystérectomie vaginale.

Obs. 219. — KAMANN (de Breslau). — *Monat. für. geb. u. gyn.*, Bd. 20, p. 1041.

K... présente un utérus gravide extrait pour cancer du museau de tanche. Le placenta est en place. Il fit une césarienne

extra-péritonéale, et sortit avec le forceps un enfant vivant. Guérison régulière pour la mère et l'enfant.

N. B. — *Observation rangée parmi les césariennes vaginales, parce qu'elle figure dans le tableau de Dührssen, in. handb. v. Winckel.*

Obs. 220. — WILSONS. — *Brit. med. journ.*

1905, septembre, p. 706.

Femme de 32 ans. V^e pare. Grossesse de 8 à 9 mois. Enfant vivant. Tumeur friable de la lèvre postérieure de l'orifice externe du col, grosse comme une mandarine. Le vagin et les paramètres ne sont pas infiltrés.

Désinfection au chlorure de zinc. Incision circulaire autour du col. On incise les deux lèvres antérieure et postérieure. Expression abdominale, extraction de l'enfant au forceps. Hystérectomie vaginale avec pinces à demeure pendant 48 heures.

Guérison. Enfant vivant. Récidive en 1 mois.

Obs. 221. — WILSONS. — *Idem.*

29 ans, III^e pare. Grossesse à terme. Cancer circulaire du col, formant un anneau inextensible autour de l'orifice externe, tissu infiltré et granuleux. Paramètres libres.

Césarienne vaginale après curetage des fongosités. Extraction au forceps. Hystérectomie vaginale avec pinces à demeure.

Guérison. Enfant vivant de 2.566 grammes.

Obs. 222. — SEITZ, *Zentr. f. gyn.*, 1906, n^o 14, p. 400

(*Soc. gynec. de Munich.*)

Femme de 29 ans. VIII^e pare. En travail : présentation transversale. Sur la lèvre postérieure du col, petit cancer ayant déjà envahi la commissure gauche, et retardant fortement la dilatation. Incision des lèvres antérieure et postérieure du col jusqu'à l'orifice interne.

Version et extraction d'un enfant vivant de 2.950 grammes.

Délivrance par expression.

On prolonge alors les incisions jusqu'au fond de l'utérus et l'hystérectomie se termine très facilement. Guérison.

Récidive en 5 mois et mort.

Obs. 222. — J. FRIGYESI. — Ref. in. *Zentr. für gyn.*

1906, n° 38, p. 1062.

Dans un travail sur la césarienne, Frigyesi déclare que 2 fois on employa, à la clinique, la césarienne vaginale suivie d'hystérectomie vaginale, pour cancer du col et grossesse : 2 guérisons.

Obs. 224. — BECKMANN. — *Zeitsch. für geb u. gyn.*

vol. 67, p. 448.

E. P..., 43 ans. Troisième grossesse. Date des dernières règles impossible à préciser. N'a jamais été malade, n'accuse actuellement aucun trouble.

Entre le soir à la clinique; est en douleurs depuis le matin; membranes rompues. A l'examen, présentation du sommet, bruits du cœur bons, douleurs fortes. Au toucher, col dilaté comme trois travers de doigts, bords épais; toute la moitié gauche de l'orifice du col est dure et très infiltrée par un cancer, qui a envahi la voûte vaginale à gauche. La tête est fixée au détroit supérieur. Le travail traîne sans avancer toute la nuit; le lendemain matin, la dilatation du col n'a nullement progressé.

Opération sous chloroforme. Désinfection du col à la teinture d'iode. Incision circulaire au devant du col, décollement facile de la vessie. Incision de la paroi antérieure du col; extraction au forceps d'un enfant vivant de 2.400 grammes. Délivrance par la manœuvre de Crédé.

On complète l'incision du vagin autour du col qu'on libère. ligature sur le paramètre. Incision de la paroi utérine posté-

rieure jusqu'au Douglas qu'on ouvre. On fixe le péritoine à la paroi postérieure du vagin, et on prolonge l'incision utérine jusqu'au fond de l'organe. Bascule postérieure de l'utérus. Ligature des ligaments larges, ouverture du péritoine vésico-utérin qu'on fixe au vagin, et ablation de l'utérus. Fermeture du vagin. Guérison régulière.

C. — Hystérectomies abdomino-vaginales précédées de césarienne.

Obs. 225. — ZWEIFEL. — *Zentr. f. gyn.*, 1889, n° 12, p. 193.

Femme de 32 ans. VII^e pare, dernier accouchement il y a 1 an et demi. Dernières règles il y a 6 mois. Douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Quelques jours avant l'examen, pertes de sang abondantes : on fait le diagnostic d'avortement au début.

Examen. — Fond de l'utérus à l'ombilic, enfant vivant. Au toucher, col augmenté de volume, et dont tout le côté gauche est envahi par une tumeur dure, irrégulière, saignant facilement ; vagin non encore envahi. En 15 jours, la tumeur progresse de 2 travers de doigt.

Opération. — Cautérisation au thermo. Laparotomie, césarienne, extraction de l'enfant. Lien élastique sur l'isthme, amputation de l'utérus au-dessus. Ligature et section des ligaments larges, *dissection du tissu peri-cervical*. Fermeture du ventre. Ablation du moignon par le vagin. Drainage.

Suites régulières. Bronchite. Guérison.

Meurt de récidence 18 mois après (Glockner).

Obs. 226. — STOCKER (de Lucerne). — *Zentr. f. gyn.* 1892, n° 32, p. 632.

Femme de 36 ans. IX^e pare. Hémorragies au cours de sa grossesse avec douleurs dans le bas-ventre du côté droit. Cancer du museau de tanche, épaissement de tout le côté droit,

qui est friable et saigne sous le doigt. Le canal cervical est envahi.

Opération au 6^e mois de la grossesse. Laparotomie médiane, amputation sus-vaginale (pas question des uretères) après extraction d'un fœtus mort. Fermeture de l'abdomen après désinfection du canal cervical. Ablation du col par le vagin, comme dans une hystérectomie vaginale.

Guérison régulière.

Obs. 227. — WERTH. — In SCHULZ. — Th. Kiel, 1893.

Femme M..., 32 ans. VI^e pare, accouchements normaux.

Pertes sanguines il y a 1 mois, sans douleurs; grossesse près du terme.

Examen. — Sur la lèvre postérieure, on trouve 2 nodules cancéreux, gros comme une noix et non ulcérés.

Opération. — Libération du col par le vagin. Laparotomie. Lien hémostatique sur le col de l'utérus; césarienne; enfant vivant. Amputation de l'utérus au-dessus du lien. Ligature et section des ligaments larges, ablation du moignon. Les ligatures ressortent par le vagin, qui est tamponné avec de la gaze iodoformée.

Guérison opératoire.

Morte 3 ans après de cancer pleuro-pulmonaire.

Obs. 228. — FEHLING. — *Monats. f. geb. u. gyn.* t. II, p. 345.

L.L..., 32 ans. 6 accouchements antérieurs, normaux; le dernier il y a plus d'un an. Dernières règles il y a 7 mois 1/2. Aucun trouble jusqu'à il y a 3 mois; à ce moment, hémorragies. L'examen général ne montre rien de particulier. Urines normales. Fond de l'utérus à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'examen local montre que le museau de tanche est le siège d'une tumeur bosselée, rugueuse. Tumeur ayant envahi surtout la lèvre postérieure, tumeur irrégulière, saignant facile-

ment par l'examen. L'infiltration remonte en arrière jusqu'au cul-de-sac postérieur, et le canal cervical est irrégulier jusqu'à l'orifice interne. L'infiltration empiète légèrement sur la lèvre antérieure, en détruisant les commissures. La muqueuse de la lèvre antérieure est douteuse, saigne facilement. Le col est mobile, l'utérus se laisse attirer, les paramètres sont libres.

Opération. — Laparotomie jusqu'à 1 doigt au-dessus de l'ombilic. Césarienne abdominale avec compression manuelle du col : l'utérus se contracte mal et saigne. Ligature élastique. Ligature et section des pédicules des ligaments larges, amputation de l'utérus au-dessus du lien élastique. Fixation du moignon à la suture. Fermeture du ventre. Extirpation du moignon par voie vaginale : cautérisation au thermo. Ouverture des culs-de-sacs. Ligature et section des utérines. Ablation du col. Tamponnement vaginal iodoformé.

Suites opératoires normales. -- L'enfant n'a respiré que peu de temps.

Obs. 229. — KIRCHBERG. — Th. de Leipzig, 1895.

R..., 26 ans. 3 accouchements normaux, dont une fois des jumeaux. Enceinte de 9 mois.

Depuis quelques temps, pertes abondantes, mélangées de sang.

A l'examen. — Col déchiré, et infiltration cancéreuse de la muqueuse du canal, remontant haut.

Opération. — Césarienne avec extraction d'un enfant vivant. Amputation supra-vaginale de l'utérus. Extirpation du moignon par le vagin. Ligatures. Fermeture du péritoine.

Guérison.

Morte de récidence 5 mois après l'opération, récidence déjà constatée quelques semaines après l'intervention.

Obs. 230. — POBEDINSKY. — *Ann. gyn. et obst.*,
1897, 1^{er} sem., p. 281.

F..., 35 ans. Régée à 14 ans. 6 enfants.

Enceinte actuellement de 7 mois. Hémorragies et leucorrhée pendant la grossesse; mauvais état général, souffles anémiques au cœur; un peu d'albumine. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic; présentation du sommet, enfant vivant.

Au toucher vaginal, tout le col est envahi par un néoplasme, surtout la lèvre antérieure, fongiforme et saignante; culs-de-sac vaginaux un peu envahis. Col entr'ouvert.

L'envahissement du col fait préférer le Porro; puis on enlève le col par le vagin.

Opération (après curetage des fongosités cervicales) : Laparotomie médiane, césarienne (enfant vite ranimé); lien élastique, ablation de l'utérus et des annexes; ablation du col et du moignon : « une incision circulaire de la portion vaginale ayant été faite, on décolle la vessie, on sectionne le cul-de-sac postérieur et on suture le péritoine avec la muqueuse vaginale. Ensuite le moignon est amené au dehors par le cul-de-sac antérieur; les ligaments larges sont étreints avec des pinces de Doyen; après quoi, le moignon et le col sont sectionnés et enlevés ».

Suites opératoires favorables.

Obs. 231. — BECKING. — *Zentr. f. gyn.*
1899, n° 32, p. 990.

Femme de 28 ans, III^e pare. Hémorragies au cours de la grossesse. A l'examen : cancer de la lèvre postérieure, un peu étendu au vagin.

Opération immédiate : césarienne, incision sur le fond de l'utérus, peu de sang. Séance tenante, hystérectomie totale : d'abord amputation supra-vaginale de l'utérus, puis libération du moignon par en bas, et ablation par le vagin. Guérison.

Récidive 3 mois après, et mort rapide.

Obs. 232. — COEN. — *Zentral. f. gyn.*,
1902, n° 19, p. 518.

Femme de 33 ans, VII^e pare. Le diagnostic de cancer du col avait été posé au début de la grossesse; mais la malade refusa l'opération. Quand elle revint, elle était en travail et, malgré de fortes douleurs, la dilatation ne se faisait pas; de plus, température élevée.

Césarienne; extraction du fœtus et du placenta. Amputation sus-vaginale de l'utérus. Ablation du moignon par le vagin.

Suites normales. L'enfant mourut en 2 jours, avec des phénomènes d'asphyxie.

Obs. 233. — FEHLING. — In HEID. — Th. Strasbourg, 1907.

Femme de 33 ans, VI^e pare, 2 avortements. Grossesse de 8 mois, avec douleurs et hémorragies toutes les 2 ou 3 semaines, surtout après le coït. Reçue à l'hôpital pour placenta prævia.

A l'examen, enfant vivant, vagin libre; museau de tanche hypertrophié, induré, saignant, friable à l'examen. Le col est perméable à 2 doigts; début de travail, douleurs.

Opération. — Césarienne abdominale, hystérectomie subtotale avec fermeture du col à la soie. Ablation du col par le vagin. Drainage.

Mère et enfant en bon état.

Pas de récurrence 5 ans après.

D. — Hystérectomies vaginales dans le post-partum.

Obs. 234. — WINTER. — Cité par OLSHAUSEN. — *Zeit. für geb. u. gyn.*, 1897, t., XXXVII.

Femme K..., 34 ans; 3 accouchements antérieurs.

Avortement spontané de 2 mois; cancer du col.

Hystérectomie vaginale 20 jours après, en 1889.

Bon état 7 ans après.

Obs. 235. — LÖHLEIN. — *Zentr. f. gyn.*, 1891, n° 10.

F. Hab., 43 ans V^e pare. Hémorragies pendant la grossesse.

Examen. — Grossesse de neuf mois. Lèvre antérieure du col un peu épaissie et dure ; sur la paroi postérieure du col, tumeur dure, grosse comme un œuf, s'étendant du côté du vagin et du canal cervical. Extraction de l'enfant au forceps. Enfant vivant (2.500 grammes).

Hystérectomie vaginale 18 jours après l'accouchement.

Récidive 6 mois après.

Obs. 236. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*,
1897, t. XXXVII.

H..., 38 ans ; 5 accouchements antérieurs.

Opérée en 1891, 17 jours après un accouchement à terme.

Hystérectomie vaginale.

Bonne santé 6 ans après.

Obs. 237. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*,
1897, XXXVII.

II..., 29 ans, IV^e pare. Dernier accouchement en juin 1892.
Hémorragies vaginales.

Tumeur en chou-fleur grosse comme une noix sur la lèvre antérieure du col ; lèvre postérieure libre. Utérus gros et mou. Avortement spontané suivi de fièvre en octobre 1892.

Hystérectomie vaginale 10 jours après.

Récidive 6 mois après.

Obs. 238. — SKUTSCH. — In. Th. de HEGELKEN. — Iéna, 1892.

X..., 29 ans IV^e pare. Avortement de 7 mois.

Hystérectomie vaginale 1 mois après.

Récidive 2 ans après.

Obs. 239. — OLAKSUSEN. — *Zeitr. f. geb. u. gyn.*,
1897, XXXVII.

S... 44 ans, 14 grossesses. Dernières règles en février 1893.
Entrée en juin. Sur le côté droit du col, ulcération à caractères néoplasiques.

Avortement le 14 juillet 1893. Hystérectomie vaginale.

Récidive 3 ans après.

Obs. 240. — THEILHABER. — *Arch. für Gyn.*; 1894, Bd. XLVII.

R., 36 ans. VII^e pare, grossesse de 5 mois et demi. Cancer du col en chou-fleur. Culs-de-sacs et paramètres libres.

Accouchement prématuré artificiel et hystérectomie vaginale.

Bon état 8 ans après.

Obs. 241. — V. OTT. — In thèse BRIEND. — Lyon, 1905-06.

V. Ott rapporte à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg (septembre 1894) l'observation d'une malade chez laquelle tout le col était cancéreux; hystérectomie vaginale 3 semaines et demie après l'accouchement.

Bon état 8 ans et demi après (Hense).

Obs. 242. — LEPAGE ET RICHELOT. — *Ann. Gyn et obstétr.*,
1901, vol. 55, p. 395.

Femme VI^e pare. Cancer gros comme un œuf de pigeon sur la lèvre postérieure, tomenteux et saignant; la lèvre antérieure semble prise dans sa partie droite.

Accouchement spontané. Suites de couches apyrétiques.

Hystérectomie vaginale 1 mois après l'accouchement (M. Richelot); opération difficile à cause de l'extrême vascularité et de la friabilité du tissu utérin; il fallut laisser 23 pinces à demeure, après dissection d'un noyau de propagation vers la base du ligament large gauche.

Suites simples. Trois mois après, bourgeonnement suspect autour de la plaie.

Obs. 243. — RYMSZA. — In BECKMANN. *Zeit f. geb. u. gyn.*, 1896, XXIV, p. 60.

P... 38 ans. 9 accouchements antérieurs.

Cancer du col. Accouchement à terme : enfant vivant de 3 900 grammes.

15 jours après l'accouchement, cautérisation du cancer au thermo. Hystérectomie vaginale particulièrement facile.

Récidive 2 ans et demi après.

Obs. 244. — HOFMEIER. — In art. de FRANQUÉ. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*, t. XLIV.

F. H... V... 30 ans. 8 accouchements antérieurs.

Hystérectomie vaginale pour cancer du col un mois après un accouchement à terme, en 1895.

Récidive en 2 mois.

Obs. 245. — WIBERSTEDT. — Th. Berlin, 1895.

X..., 43 ans, XI^e pare. Hystérectomie vaginale peu de temps après l'accouchement.

Récidive 1 an après.

Obs. 246. — KAUSMANN. — Thèse Berlin, 1897.

X... 41 ans, XIV^e pare.

Hystérectomie vaginale 33 jours après l'accouchement pour cancer du col.

Mort en quelques jours.

Obs. 247. — MITTERMAIER. — *Zent. f. g.*, 1898, n^o 1.

X..., 47 ans. 18 accouchements antérieurs. 4 avortements.

Début de la grossesse actuelle en décembre 1896; hémorra-

gies répétées. En mai 1897, accouchement d'un fœtus mort de 6 mois; fièvre. Délivrance artificielle.

Cancer du col. Hystérectomie vaginale le lendemain de l'accouchement.

Récidive 6 mois après.

Obs. 248. — OLSHAUSEN. — *Zeits. f. geb. u. gyn.*,
1897, XXXVII.

H..., 41 ans. Cancer du col. Accouchement d'un enfant mort.

2 jours après, hystérectomie vaginale.

Récidive 3 mois après.

Obs. 249. — OLSHAUSEN. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*,
1897, XXXVII.

T..., 28 ans, 5 accouchements antérieurs, le dernier en 1890. Depuis, pas de règles. Entre en juin 1893. Utérus gravide de 6 mois.

Avortement provoqué et hystérectomie vaginale.

Récidive 5 mois après.

Obs. 250. — WINTER. — *Zentr. f. gyn.*, 1898, n° 19.

F. X... 33 ans. 8 accouchements antérieurs. Cancer de la lèvre antérieure du col.

Hystérectomie vaginale 40 heures après l'accouchement.

Fistule vagino-urétérale consécutive.

Récidive 2 mois après l'opération.

Obs. 251. — HOFMEIER, in FRANQUÉ. — *Zeit. f. geb. u. gyn.*,
Bd. XLIV.

G... 36 ans, 4 accouchements antérieurs, le dernier en janvier 1896. Hémorragies. Cancer du col.

Hystérectomie vaginale quelques jours après son accouchement.

Mort 2 jours après l'opération.

Obs. 252. — FRITSCH. — *Zentr. für. gyn.*, 1898, n° 1.

M. C... V^e pare. Grossesse à terme. Cancer de la lèvre antérieure du col. Accouchement au forceps. Enfant vivant.
Hystérectomie vaginale de suite après l'accouchement.
Bon état 4 ans après.

Obs. 253. — FEHLING. — *Münch. med. Wochench.*
1897, Bd. LXVII.

F... S..., 38 ans XI^e pare. Cancer du col.
Hystérectomie vaginale quelques jours après l'accouchement.
Bon état 3 ans après.

Obs. 254. — HOFMEIER. In art. de FRANQUÉ. —
Zeit. f. geb. u. gyn., t. XLIV.

M... J... 37 ans. XIII^e pare. Cancer de la lèvre antérieure.
Hystérectomie vaginale un mois après l'accouchement.
Pas de récurrence un an après.

Obs. 255. — KINHEAD. *The Dublin j. of med. sciences*,
1901, février. Réf. : *Fromm. Jahresb.*, 1901, p. 705.

Grossesse de 8 mois; hémorragies depuis 2 mois. Cancer gros comme un œuf de poule sur la lèvre antérieure.
Ablation de la tumeur à la curette, et cautérisation.
Pas d'hémorragie; accouchement normal au terme.
14 jours après, on constate que la tumeur augmente de volume; hystérectomie vaginale 1 mois après l'accouchement.
Abscessus par une compresse oubliée. Guérison.

Obs. 256. — STRASSMANN (*Soc. d'obst. et gyn. de Berlin*)
Zentr., f. gyn., 1904, n° 48, p. 1490.

Présentation d'un utérus puerpéral avec cancer du museau de tanche, sur la lèvre antérieure.

Il s'agit d'une femme de 38 ans : 4 accouchements antérieurs et 7 avortements. Grossesse près du terme. On devait faire la césarienne vaginale, puis l'hystérectomie vaginale, mais la veille de l'opération, la malade accoucha spontanément : hémorragie, délivrance artificielle. Fièvre les jours suivants, signes d'infection : on fait très facilement, sans morcellement, l'hystérectomie vaginale, en protégeant soigneusement les culs-de-sacs péritonéaux ouverts avec des compresses. Ligatures.

Suites opératoires compliquées par une cystite et une phlébite, mais cependant guérison.

Obs. 257. — MAREK. — Ref. in *Zentr. f. gyn.*
1909, n° 10, p. 357.

Grossesse de 3 mois. Avortement spontané.

Hystérectomie vaginale. Guérison.

Mort 2 ans et demi après de récidence.

Obs. 258. — MAREK. — *Idem.*

Grossesse à terme. Accouchement spontané, terminé par un forceps. Hystérectomie vaginale un mois après.

Mort 8 mois après de récidence.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie totale dans le traitement du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, qui semblait il y a quelques années une opération d'exception, — en France tout au moins — est actuellement entrée dans la pratique.

Elle paraît devoir y être maintenue, sous certaines réserves.

II. — L'opérabilité, par l'hystérectomie totale, du cancer du col de l'utérus, en soi, au cours de la grossesse, devra être envisagée d'une façon moins large que dans les conditions communes. L'appréciation clinique des propagations cancéreuses est rendue parfois très délicate, par les modifications que la gestation apporte dans la zone génitale.

III. — PENDANT LA GROSSESSE, dans les cas nettement opérables, l'enfant doit toujours être sacrifié à la mère, *sauf peut-être dans le courant du 8^e mois, où le pronostic maternel est le plus souvent si mauvais qu'il autorise à attendre le 9^e mois pour intervenir*, et augmenter ainsi énormément les chances d'existence de l'enfant.

AU MOMENT DU TRAVAIL, l'intervention devra être aussi précoce que possible, aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant.

PENDANT LE POST-PARTUM, le moment le plus favorable à l'hystérectomie totale semble être dans les heures qui suivent l'accouchement, alors que les germes contenus dans les voies génitales n'ont pas encore eu le temps d'exalter leur virulence.

IV. — Le procédé de choix est l'hystérectomie abdominale totale élargie selon la méthode de Wertheim. Ses résultats immédiats sont bons, ses suites éloignées bien meilleures que celles de l'hystérectomie vaginale, — et elle amène, quand le fœtus est viable, à pratiquer la césarienne abdominale, dont le pronostic fœtal est supérieur à celui de la césarienne vaginale dans les cas de cancer du col de l'utérus.

Vu : Le Président de la Thèse,
BAR.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE ⁽¹⁾

- Acconci.** — La césarienne vaginale. *Atti della soc. it. di ost. e gin*, 1898, p. 167.
- Albertin.** — Technique opératoire de l'opération dite de Wertheim. *Soc. de chir. de Lyon*, 1909, 25 novembre.
- Amadei, Enrico.** — *Ann. di ost. e gin*, 1896, mai, p. 394.
- Arnaud.** — *De la colpo-hystérectomie abdomino-vaginale dans le cancer de l'utérus*. Thèse de Montpellier, 1908-1990.
- Asness.** — *Cancer du col de l'utérus et grossesse*. Th. de Lausanne, 1908.
- Auclair.** — *De l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement du cancer de l'utérus*. Th. de Paris, 1898-1899.
- Aulhorn.** — Les suites éloignées de l'hystérectomie abdominale totale dans le cancer de l'utérus. *Arch. f. gyn.*, 1910 t. XCII, p. 231.
- — Hystérect. totale pour canc. du col au début et grossesse. *Zentral f. gyn*, 1909, n° 31, p. 1091.
- Bar (P.)** — *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse d'agrégation. Paris, 1885-86.
- Becking.** — Trois cas de césar. suivant la méthode de Fritsch. *Zentral. für gyn*. 1899, n° 32, p. 990.
- Beckmann.** — Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouch. compliqués de cancer du col. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, t. LXVII, fasc. 2.

1. L'origine des observations étant indiquée après chacune d'elles, nous ne les avons pas fait figurer à nouveau dans l'index bibliographique.

- Bernius.** — *Sur le canc. de l'utérus, compliquant l'accouch.*
Thèse de Giessen, 1905.
- Besson.** — Étude statist. et clin. de 173 cas de cancers utérins.
Journ. des Sc. Médic. de Lille, 1904, I, p. 569.
- Bilhaut.** — *Évolution du traitem. chirurg. du cancer utérin.* Thèse de Paris, 1906-1907.
- Borderies.** — *Les opérations utérines et juxta-utérines pendant la grossesse.* Thèse de Lyon, 1899-1900.
- Bosche.** — *Cancer utérin et grossesse.* Th. de Paris, 1896-1897.
- Boucaud.** — *Rev. mens. d'obs., de gyn. et de pœd. de Bordeaux*, 1899, p. 469.
- Bovier.** — *Thérapeutique radicale du cancer de l'utérus.*
Th. de Lyon, 1903-1904.
- Branlard.** — *Des avantages de la colpo-hystérectomie dans le cancer du col ulcéré.* Thèse de Paris, 1910-1911.
- Brewis.** — Remarques sur le trait. du canc. du col pendant la grossesse. *The Lancet*, 1902, décemb. p., 1757.
- Briend.** — *Cancer et grossesse.* Thèse de Lyon, 1905-1906.
- Brose.** — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, t. XLI.
- Bumm.** — Techn. et indic. de la césar. vaginale. *Zentr. f. Gyn.*, 1902, n° 52, p. 1417.
— Techn. de l'hystérec. abdominale pour cancer utérin. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, 1905, vol. LV, p. 173.
- Catellani.** — César. et hyster. abdom. totale pour cancer du col compliquant une grossesse à terme. *Rassegna d'ost. e gin.*, 1902. n° 1
- Clupot.** — *De l'hystérectomie vaginale sans incision préalable des culs-de-sacs postérieur et latéraux.* Thèse de Lyon, 1897-1898.
- Cohnstein.** — Du cancer utérin pendant la grossesse et les suites de couches. *Arch. f. Gyn.* V., p. 336.
- Condamin (A.).** — *De l'hystérect. vagin. pour canc. du col pendant la grossesse et les suites de couches.* Thèse de Lyon, 1903-04.

- Condamin (R. et A.).** — De l'hystér. vagin. pour cancer du col sur utérus gravides; résultats éloignés. *Ann. gyn. et obst.*, 1905, II, p. 129.
- Condamin (R.).** — Cancer du col et grossesse; critique de la césarienne vaginale. *Semaine gynécol.*, 1905, juin, p. 177.
- Congrès de Giessen.** — In *Monatsch. f. Geb. u. gyn.*, XIV, p. 131.
- Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.** Rome, 1902.
- 16^e Congrès international de médecine** (Budapest). — In *Ann. gyn. et obst.*, 1909, II, octobre.
- Cramer.** — *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XXVII, p. 284.
- Crapez.** — *Valeur de l'ablation des ganglions dans l'hystérectomie pour cancer.* Thèse de Paris, 1903-04.
- Csiky.** — Un cas d'extirpation d'un utérus cancéreux gravide. *Zentral. f. gyn.*, 1900, n° 33, p. 881.
- Cullen.** — Cancer of the uterus. *Philadel. et Londres*, 1909, p. 618.
- Demelin.** — Thèse de Paris, 1887-88.
- Deppisch.** — De la conduite à tenir dans la grossesse et l'accouchement compliqués de cancer du col. *Münch. med. Wochensch.*, 1898, n° 7.
- Dève.** — *Combinaison de la césarienne et de l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers et fibromes de l'utérus.* Th. Lyon, 1903-04.
- Dührssen.** — Traitement du cancer utérin pendant la grossesse. *Zentral. f. gyn.*, 1897, n° 30, p. 943.
- Ehrenpreis.** — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale élargie, ou opération de Schuchardt-Schauta.* Th. de Paris, 1909-1910.
- Erlach et Wœrz.** — *De l'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux.* Vienne, 1901.
- Ernst.** — *Les indications obstétricales dans le cancer utérin.* Th. de Strasbourg, 1882.

- J.-L. Faure.** — *Soc. de chir. de Paris*, 1908, mars, p. 473.
— — — — — 1906, juin, p. 573
et novembre, p. 946.
— — — — — Traitement du cancer des organes génitaux de
la femme. *Ann. gyn. et obst.* 1908, juin.
— — — — — La cure chirurgicale du cancer utérin. *Pr. médic.*
1908, n° 38.
— — — — — Indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.
La Gynécologie, 1909, XIII, p. 490.
J.-L. Faure et Siredey. — *Gynécologie médico-chirurgi-
cale*, Paris, 1910.
J.-L. Faure. — Hystérectomie et cancer utérin dans la
grossesse. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.* 1912, avril,
p. 307.
Fehling. — De la conduite du chirurgien dans les cas de can-
cers de l'utérus avec grossesse. *Münch. med. Wochens.*
1897, t. LXVII.
Ferrari. — Vingt-cinq cas de césariennes. *Ann. di ost. e gin.*
1902, p. 1039.
V. Franque. — Le cancer du col utérin au début, et ses voies
d'extensions. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* 1901 vol. XLI, p. 173.
— — — — — Extirpation totale de l'utérus gravide non ouvert.
Prag. med. Wochens, 1904, n° 23.
— — — — — Cancer utérin et accouchement. *Prag. med. Wo-
chens*. 1905, n° 1.
V. Franque, Schauta, Wertheim. — *Soc. d'obs. et de gyn. de
Vienne*, 6 juin 1905, in *Zentral. f. gyn.*, 1906, n° 5, p. 157.
Franz. — Hystérectomies pour cancers utérins. *Zentral. f.
gyn.*, 1910, n° 2, p. 44.
Gailly. — *Du cancer de l'utérus gravide : conduite à tenir
pendant la grossesse.* Thèse de Lyon, 1899,-1900.
Gerschun. — Cancer, grossesse et accouchement. *Zentral.
f. gyn.* 1901, n° 46.
Ginsburg. — *Sur le cancer utérin chez la femme enceinte.*
Thèse de Berlin, 1909.

Glockner. — Sur le cancer utérin et la grossesse : suites éloignées du traitement chirurgical. *Beitr. z. geb. u. gyn.* VI, 2, p. 215.

— Cancer utérin et grossesse. *Zentral. f. gyn.* 1902, n° 39, p. 1025.

Goubarew. — Rapp. au congrès de Moscou, in *Ann. de gyn.*, novemb. 1897.

Goullioud. — De l'hystérectomie en vase clos, spécialement dans le cancer utérin. *Lyon médical*, 1910, p. 513.

— Technique opératoire de l'opération dite de Wertheim. *Lyon chirurgical* 1910, III, p. 209.

Græfe. — Contribution à l'étude de la durée de la guérison opératoire du cancer du col pendant la grossesse. *Samml. zwanglos. Abhand. aus dem geb. der Frauenheil u. Geb.* 1907 VII. fsc. 4.

Græfenberg. — Étude des problèmes posés par le cancer de l'utérus à la fin de la grossesse. *Zentral. f. gyn.* 1909, n° 21.

Grimoud. — Cancer du col et grossesse. *Arch. méd. de Toulouse*, 1907, 15 sept., et *Gaz. des Hôpitaux*, 1907, 15 sept., p. 1251.

Gros. — *De la césarienne vaginale pour cancer du col au 6^e mois de la grossesse.* Thèse de Kiel. 1900.

Hartmann. — De la supériorité de l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. *Ann. gyn. et d'obs.* 1905, juin.

— L'hystérectomie abdominale dans le cancer de l'utérus. *Ann. de gyn. et d'obs.*, 1909, juillet.

Hegelken. — Thèse d'Iéna, 1892.

Heid. — Thèse de Strasbourg, 1907.

Henderson. — Note sur l'hystérectomie abdominale pour cancer du col. *The Brit. med. Journal*, 1908, nov., n° 2499.

Hense (C.) — De l'influence de la grossesse sur les suites éloignées de la cure radicale du cancer utérin. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, XLVI, p. 68.

- Hernandez.** — Traitement du cancer de l'utérus gravide. *Ann. de gyn.* 1894, Août.
- Hofmeier.** — Sur les opérations sur l'utérus gravide. *Deuts. med. Woch.* 1887 n° 19.
- Hutchins.** — Courte description de l'opération de Wertheim. *The Boston med. and surg. journ.*, 1909 n° 20.
- Imbert et Pieri.** — Sur l'extirpation utéro vaginale totale. *Gaz. des hôp.* 1905, n° 78.
- Jacobs.** — Traitement chirurgical du cancer utérin. *Progr. méd. belge*, 1908.
- Jahreiss.** — Quelques cas de grossesses avec cancer du col. *Zentral. f. gyn.*, 1899, n° 13, p. 349
- Jayle.** — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. *Rev. de gyn. et de chir. abd.* 1908, p. 755.
- Jödicke.** — Césarienne et hystérectomie totale. Th. de Leipzig, 1903.
- Jovanovic.** — Trois cas de grossesses compliquées; analysé in *Zentral. f. gyn.*, 1900, n° 49, p. 1334.
- Kaussmann.** — Sur le cancer utérin pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Th. de Berlin, 1897.
- Koblanck.** — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, LV., p. 192.
- Krömer.** — Modifications des organes lymphatiques des organes génitaux de la femme dans le cancer. *Arch. f. gyn.*, LXXIII, p. 57.
- Krönig.** — *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XIX, II, p. 205.
- Kultenberg.** — Les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col utérin, *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, vol. XXIII, p. 115.
- Kundrat.** — Extension aux paramètres dans les cas de cancer utérin. *Arch. f. gyn.*, LXIX, p. 355.
- Kunschert.** — Thèse de Bonn, 1896.
- Küstner.** — Césarienne et hystérectomie totale. *Zentral. f. gyn.*, 1906, n° 37, p. 1025.

Labadie Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1898.

Lance. — Le traitement du cancer du col compliquant une grossesse avancée. *Gaz. des Hôp.*, 1905, p. 547.

Lecène. — Remarques sur la technique de la colpo-hystérectomie abdominale pour cancer du col. *Journ. de chir.*, 1910, janvier.

Lehmann. — *Grossesse et cancer utérin*. Thèse de Halle, 1908.

Mackenrodt. — Résultats de l'opération abdominale radicale du cancer de l'utérus et du vagin par la laparotomie hypogastrique. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, LIV, fsc. 3.

Mackenrodt et Brunet. — Résultats anatomiques et cliniques de l'hystérectomie abdominale. *Zentral. f. gyn.*, 1905, n° 18, p. 553.

Marcille. — *Les lymphatiques de l'utérus*. Thèse de Paris, 1901-02.

Martin. — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col de l'utérus*. Thèse de Paris, 1908-09.

Merttens. — Sur le traitement du cancer utérin dans la grossesse avancée. *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, IX, fsc. 1.

Mittermaier. — Du traitement de l'utérus cancéreux pendant la grossesse, *Zentral. f. gyn.*, 1898, n° 1.

Mohr. — *De l'hystérectomie vaginale pour cancer du col pendant la grossesse*. Thèse de Halle, 1889.

Olshausen. — Cancer de l'utérus et grossesse. *Zeitsch. f. Zeb. u. gyn.*, XXXVII, p. 1.

— *Zentral. f. gyn.*, 1897, n° 10, p. 469.

Oltramare (Mme). — *Etude sur la généralisation aux voies lymphatiques du cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1902-03.

Orthmann. — Cancer du col et grossesse. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, XLV, p. 170, et *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XVIII, p. 718.

De Ott. — *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XII, p. 265.

— Valeur comparée des différents procédés de traitement chirurgical du cancer de l'utérus; in *Ann. de gyn. et d'obst.* 1909, II, octobre.

Oui. — Les indications thérapeutiques dans le cas de cancer utérin compliquant la grossesse. *Ann. gyn et obst.*, 1907, I, p. 193.

Pauchet. — Traitement du cancer du col utérin par l'hystérectomie abdominale et l'évidement pelvien. *Arch. prov. de chir.*, 1910, n° 1.

Peiser. — Recherches anatomiques et cliniques sur les lymphatiques utérins. *Zeitsch. f. geb. u. gyn.*, XXXIX.

Pestalozza. — *Traité d'obstétr. et de gynéc.*, tome X.

Pinard. — *Bulletin médical*, juin 1895.

Playfair. — *Transact. of the obs. soc. of London*, XXXVII, p. 198.

Pollosson. — *Soc. de chir. de Lyon*, 1900, 1^{er} mars.

— Hystérectomie avec évidement pelvien. Réflexions sur 211 opérations de Wertheim. *Lyon chirurgical*, 1909, p. 333, février.

— *Ann. de gyn. et d'obs.*, 1905, II, p. 478.

— *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1905, n° 5.

— Indications opératoires dans les cancers propagés aux organes voisins. *Rapp. au congr. de Toulouse*. In *Ann. de gyn. et d'obs.* 1910, II, p. 705.

Porak. — *Nouv. arch. d'obs. et de gyn.*, 1891, p. 349.

Porter. — Sections césariennes abdominale et vaginale, leur comparaison, leurs contrastes. *Americ. journ. of obst.* 1910, janvier.

Potherat (G). — *Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale dans le cancer de l'utérus*. Thèse de Paris, 1910-11.

Puppel. — *Contribution à l'étude de l'envahissement du cancer de l'utérus par les lymphatiques*. Th. de Königsberg, 1900.

Queirel. — A propos d'une grossesse de 8 mois avec cancer du col. *Rev. prat. d'obs. et de péd.*, 1909, p. 161.

Quénu et Duval. — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale. *Rev. de chirurgie*, 1908.

Rabinovitch. — *Contribution à l'étude du traitement du cancer du col de l'utérus (hystérectomie vagino-abdominale)*. Thèse de Paris, 1910-11.

Ricard. — *Ann. de gyn.*, 1899.

Ricou. — *Essai sur les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale*. Thèse de Paris, 1905-06.

Rudaux. — Cancer du col utérin et grossesse. *La Clinique*, 1909, p. 541.

— Les interventions abdominales portant sur l'utérus pendant la grossesse. *La Clinique*, 1910, avril, n° 16.

Sabotier. — *Contribution à l'étude de la conduite à tenir pendant la grossesse et pendant l'accouchement dans les cas de cancer du col de l'utérus*. Thèse de Nancy, 1909.

Sarwey. — *Hegar's Beitr. zur geb. u. gyn.*, 1899, II, p. 178.

— In *Veit's Hand. der gyn.*, III, 2^e partie, 1908.

Schauta. — L'opération du cancer de l'utérus, à l'aide de l'incision para-vaginale de Schuchardt. *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XV, p. 133.

— De la césarienne vaginale. *Zentral. f. gyn.* 1898., n° 9.

— Les résultats éloignés de l'extirpation du cancer du col utérin par la voie vaginale élargie. *Deutsche med. Wochensch.*, 1909, n° 40.

Scheib. — Recherches anatomiques et cliniques sur le traitement opératoire du cancer de l'utérus. *Arch. f. gyn.* LXXXVII.

Schuchardt. — Une nouvelle méthode pour extirper l'utérus. *Zentral. f. chir.*, 1893, n° 51.

— Sur l'extirpation de l'utérus avec incision paravaginale, et ses suites éloignées dans le cancer utérin. *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, t. XIII.

- Schwartzfischer.** — *Cancer de l'utérus et grossesse.* Thèse de Munich, 1909.
- Société de chir. de Lyon.* 1909. Séance du 2 décembre; Discussion sur la technique de Wertheim.
- Société obs. et gyn. de Berlin.* — Séance du 10 mars 1905.
- Zentral. f. gyn.* 1905, n° 18 (Discussion : BUMM, BROSE, OLSHAUSEN).
- Sohéje.** — *Contribution au traitement du cancer du col à la fin de la grossesse.* Thèse de Leipzig, 1901.
- Spencer (Herber).** Trois cas de cancer du col et grossesse. *Journ. obs. and. gyn. of brit. emp.* 1904, décembre.
- Staude.** — Les résultats de l'hystérectomie vaginale élargie pour cancer du col, avec double incision paravaginale. *Zentral. f. gyn.*, 1908, n° 37, p. 1201.
- Stöckel.** — Thèse de Königsberg, 1896.
- Stone.** — Cancer du col utérin au cours de la grossesse. *The amer. jour. of. obst. a. dis. of. wom. a. child.*, 1908, n° 6, décembre.
- Tarnier.** — Cinq observations de césarienne. *Annal. de la soc. obs. de France* 1895, p. 130.
- Terrier.** — De l'hystérectomie abdominale totale et partielle. *Rev. de chirur.*, 1898.
- Theilhaber.** — Du traitement de l'utérus cancéreux pendant la grossesse et l'accouchement. *Arch. f. gyn.* XLVII, p. 50.
- Thorn.** — Traitement du cancer de l'utérus opérable, à la fin de la grossesse. *Münch. med. Wochensch.*, 1899, nos 21 et 22.
- Trotta.** — Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. *Arch. di ost. e gin.*, 1902, août.
- Uspenski.** — Traitement du cancer de l'utérus pendant la grossesse. Anal. in *Zentral f. gyn.* 1903, n° 41, p. 1228.
- Vagner.** — Traitement de la grossesse compliquée de cancer utérin. *Monast. f. geb. u. gyn.*, XV, p. 741.

Varnier et Delbet. — *Ann. de gyn.* 1897.

Vautrin et Schül. — *Obstétrique*, 1899, mars.

Veit. — *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XXV, p. 779 (voir Lehmann).

— *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XXXI, p. 101.

Violet. — Réflexions sur l'état actuel de la thérapeutique radicale du cancer de l'utérus. *Lyon médical.*, 1905, janvier.

Wallich. — *Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide.* Thèse de Paris, 1890-91.

Weber. — De la césarienne vaginale dans la grossesse compliquée de cancer du col. *Zentral f. Gyn.*, 1902, n° 48, p. 1295.

Weberstedt. — Thèse de Berlin, 1895.

Werboff. — La voie vaginale dans les cas de grossesse compliquée de cancer utérin. *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XXXII, décembre, fasc. supplém.

Wertheim. — Grossesse et accouchement avec cancer utérin. In *Handb. der Geb.* de Winckel, II, 1, p. 474, 1904.

— Sur l'opération radicale du cancer utérin, *Zentral. f. gyn.*, 1902, p. 693.

— Le traitement chirurgical du cancer de l'utérus, *Monatsch. f. geb. u. gyn.*, XVI, p. 576.

— Rapp. au *Congrès de Rome*, 1902.

— Les ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus, *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* 1903, n° 4, p. 105

— L'hystérectomie abdominale élargie pour cancer de l'utérus. *Zentral. f. gyn.*, 1908, n° 6, p. 175.

— Résultats éloignés de l'opération abdominale élargie dans le cancer de l'utérus. *Rapp. au 16° Cong. de méd. de Budapest.* In *Ann. de gyn. et d'obs.*, 1909, II octobre.

Wilsons. — Le traitement du cancer du col dans les deux

derniers mois de la grossesse. *Brit med. journ.*, 1905, Sept. p. 706.

Winter. — A propos de la statistique du cancer. *Zentral. f. gyn.*, 1902, p. 81.

Zuralst. *Deux cas d'accouchements avec cancer de l'utérus.*
Th. de Kiel, 1899.

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT ET C^{ie}

